



# Città di Paola

(Prov. di Cosenza)

## IMPOSTA DI SOGGIORNO DICHIARAZIONE MENSILE

(Regolamento per la disciplina dell'imposta di soggiorno nel Comune di Paola (CS) - Approvato con Del. CC n° 29 del 14/11/2022)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_  
IL \_\_/\_\_/\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ IN QUALITÀ' DI \_\_\_\_\_  
DELLA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE/PARTITA IVA \_\_\_\_\_  
UBICATA IN \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_  
CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA \_\_\_\_\_ STELLE \_\_\_\_\_  
TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA \_\_\_\_\_

## DICHIARA

€ \_\_\_\_\_ TARIFFA APPLICATA PER CIASCUNA PERSONA E PER CIASCUN PERNOTTAMENTO  
FINO AD UN MASSIMO DI N. 15 (QUINDICI) PERNOTTAMENTI CONSECUTIVI.

CHE NEL MESE \_\_\_\_\_ DELL'ANNO \_\_\_\_\_  
(indicare mese di riferimento)

1) HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA I SEGUENTI OSPITI:

MESE	NR. ALLOGGIATI	NR. TOTALE PERNOTTI	NR. PERNOTTI SOGGETTI AD IMPOSTA	IMPORTO TOTALE MENSILE
				€ _____

2) HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA I SEGUENTI OSPITI ESENTI DA IMPOSTA DI SOGGIORNO:

DESCRIZIONE ESENZIONE	NR. ALLOGGIATI	NR. PERNOTTI
minori entro il dodicesimo anno di età		
Forze dell'ordine in servizio		
coloro che assistono degenti ricoverati presso strutture sanitarie, in ragione di un accompagnatore per paziente. L'esenzione è subordinata alla presentazione di apposita dichiarazione ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni, che il soggiorno presso la struttura ricettiva è finalizzata all'assistenza del soggetto degente		
I diversamente abili che dovranno esibire al gestore idonea documentazione		
Gli autisti di pullman e gli accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggi e turismo		
<b>TOTALE</b>		

3) CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO \_\_\_\_\_  
IN DATA \_\_\_\_\_ MEDIANTE:

- BONIFICO BANCARIO CODICE IBAN: **IT 05 P 05387 80851 000000 874209** INTESTATO A COMUNE DI PAOLA SERVIZIO TESORERIA
- BOLLETTINO POSTALE C/C NR. **308890** INTESTATO A COMUNE DI PAOLA SERVIZIO TESORERIA

SPECIFICANDO NELLA CAUSALE LA DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA RICETTIVA O NOME DEL PROPRIETARIO O GESTORE DELL'APPARTAMENTO USO TURISTICO (COME REGISTRATO ALL'ALBO DEGLI APPARTAMENTI USO TURISTICO) E SPECIFICANDO MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO DI IMPOSTA DI SOGGIORNO.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

CONSEGNARE QUESTO MODELLO COPILATO E FIRMATO UNITAMENTE ALLA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ PRESSO L'UFFICIO TRIBUTI DEL COMUNE DI PAOLA OPPURE INVIARE AL SEGUETE INDIRIZZO E-MAIL: **impostadisoggiorno@comune.paola.cs.it**