



Comune di San Zenone degli Ezzelini

Provincia di Treviso

Via Roma, 1 C.a.p. 31020 C.F. 83003130263 P.IVA 01533110266
www.sanzenonedegliezzelini.eu fax. 0423.567840 Pec.: protocollo.comune.sanzenonede.tv@pecveneto.it

MODULO A

IMPOSTA DI SOGGIORNO DICHIARAZIONE TRIMESTRALE PRESENZE

MESI DI _____ - ANNO _____

(Regolamento per la disciplina dell'imposta di soggiorno del Comune di San Zenone degli Ezzelini approvato con DCC n°42 del 29.12.2018)

Sotto la mia personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46/47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritto/a

A - DATI ANAGRAFICI SOGGETTO DICHIARANTE			
Codice Fiscale:			
Cognome e Nome:			
Nato/a a		Prov.:	Data:
Residenti in via/piazza		Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	Cellulare:	
E-mail:			

Dichiaro di sottoscrivere la presente dichiarazione in nome e per conto dell'impresa di seguito indicata:

B - DATI DELL'IMPRESA			
Partita IVA:			
Denominazione/Ragione sociale:			
Con sede in via/piazza:		Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	E-mail:	
PER LA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA:			
Con sede in via/piazza:		Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	E-mail:	
Classificazione alberghiera		Tipologia extra-alberghiera	

DICHIARA

**A) CHE NEL TRIMESTRE SOLARE (MESI DI _____) ANNO _____
HA OSPITATO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:**

1. SOGGETTI AD IMPOSTA PER PERNOTTAMENTO FINO A 10 GIORNI CONSECUTIVI:

Periodo	N° ospiti soggetti ad imposta	N° pernottamenti per ciascun ospite soggetto ad imposta	Importi da versare
1° mese			
2° mese			
3° mese			
TOTALE (A)			
Per soggiorni a cavallo di 2 trimestri: 1) Riporto di pernottamenti del trimestre precedente, ma che vengono riscossi nel trimestre in corso (VEDI NOTA **) (B)			
Per soggiorni a cavallo di 2 trimestri: 2) Detrazione per pernottamenti attuali, ma che saranno riscossi nel trimestre successivo (VEDI NOTA **) (C)			
TOTALI DEL TRIMESTRE (A + B - C)			

2. SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 4 del Regolamento)

CASI D'ESENZIONE	MESE DI		MESE DI		MESE DI		TOTALE TRIMESTRE
	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI	
A) portatori di handicap non autosufficienti con idonea certificazione medica							
B) minori entro il 14° anno di età							
C) autisti di pullman e accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza ai gruppi di almeno 20 persone							
D) appartenenti alle Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco e operatori della Protezione Civile che pernottano in occasione di eventi di particolare rilevanza per cui sono chiamati ad intervenire nella nostra città per esigenze di servizio							
E) Malati che effettuano terapie e chi assiste i degenti ricoverati o i malati che effettuano terapie presso strutture sanitarie site nel Comune in ragione di un accompagnatore se il paziente è maggiorenne e di due accompagnatori se il paziente è minore (subordinato alla presentazione al gestore della struttura ricettiva di apposita certificazione della struttura sanitaria, attestante le generalità del malato o del degente ed il periodo di riferimento delle prestazioni sanitarie o del ricovero) (VEDI NOTA **)							
F) Studenti che soggiorno in loco per frequentare gli studi							
TOTALI							

3. SOGGETTI CHE HANNO SOGGIORNATO NEI GIORNI PRECEDENTI IN ALTRE STRUTTURE, ASSOLVENDO AL PAGAMENTO DELL'IMPOSTA (allegare alla presente dichiarazione le singole attestazioni con i dati dei soggetti che non hanno versato l'imposta)

PERIODO	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI
Mese di		
Mese di		
Mese di		
TOTALE TRIMESTRE		

4. SOGGETTI CHE SI RIIUTANO DI PAGARE L'IMPOSTA (allegare alla presente dichiarazione le singole attestazioni con i dati dei soggetti che non hanno versato l'imposta)

PERIODO	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI
Mese di		
Mese di		
Mese di		
TOTALE TRIMESTRE		

DICHIARA INOLTRE

B) CHE A NOME DELLA STRUTTURA HA EFFETTUATO IL **PAGAMENTO** DI EURO _____ IN DATA _____
_____ MEDIANTE BONIFICA BANCARIO PRESSO _____,
INTESTATO AL COMUNE DI _____, CODICE IBAN: _____;

C) CHE HA EFFETTUATO **COMPENSAZIONE** di euro.....per imposta pagata in eccedenza nel mese di..... Si allega il modulo di richiesta rimborso/compensazione.

NOTE _____

ALLEGATI:

- 1) Copia Modulo B;
- 2) Copia Modulo C;
- 3) Copia Modulo D;

Data e luogo

Firma del gestore della struttura ricettiva

Note per la compilazione della presente dichiarazione

Nota * : per i soggiorni a cavallo di trimestre nella Tabella 1) **SOGGETTI AD IMPOSTA PER PERNOTTAMENTO FINO A 10 GIORNI CONSECUTIVI** compare la voce: "Riporto di pernottamenti del trimestre precedente, ma che vengono riscossi nel trimestre in corso" e "Detrazione per pernottamenti attuali, ma che saranno riscossi nel trimestre successivo".

Tali voci si riferiscono agli ospiti della struttura ricettiva che hanno iniziato il loro periodo di permanenza nel trimestre precedente che è terminato il trimestre successivo.

Esempio: inizio pernottamento a dal 28 giugno 2018 – termine pernottamento 1 luglio 2018 (totale 4 pernottamenti).

Dovranno essere dichiarati 3 giorni nel trimestre solare aprile/maggio/giugno in corrispondenza del mese di giugno e 1 giorno nel trimestre luglio/agosto/settembre in corrispondenza del mese di luglio. L'imposta sarà pagata dall'ospite alla fine del soggiorno, ossia nel mese di luglio 2018 ed il relativo versamento totale, da parte del gestore della struttura, verrà effettuato entro il 15 ottobre 2018. Nella dichiarazione del trimestre aprile/maggio/giugno i tre giorni di pernottamento del mese di giugno saranno indicati nella "Detrazioni pernottamenti che saranno riscossi nel trimestre successivo" con l'indicazione di un ospite soggetto ad imposta e tre pernottamenti soggetti ad imposta.

Nella dichiarazione del trimestre luglio/agosto/settembre i giorni di pernottamento del mese di giugno saranno indicati nella colonna "Riporto di pernottamenti del trimestre precedente, ma che vengono riscossi nel trimestre in corso", dove il numero degli ospiti è sempre uno ed i pernottamenti soggetti ad imposta sono tre. Mentre il pernottamento del mese di luglio sarà indicato correttamente nel trimestre di competenza.

Nota ** : l'esenzione è subordinata alla presentazione di apposita certificazione, compilata dall'ospite, in cui lo stesso dichiara che il soggiorno è finalizzato all'effettuazione di terapie sanitarie e/o degenza, oppure di assistenza sanitaria nei confronti di un soggetto che effettua terapie e/o che sia degente. Tale certificazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 deve essere inviata da parte del gestore della struttura (vedi Modulo B-Dichiarazione di esenzione).

Dove e come consegnare il presente Modulo A

La dichiarazione va compilata e consegnata entro 15 giorni dalla fine di ciascun trimestre solare (15 aprile – 15 luglio – 15 ottobre – 15 gennaio).

Poiché l'imposta decorre dal 02 marzo 2019, dunque a trimestre iniziato, la prima dichiarazione dovrà essere presentata entro il 15 aprile 2019.

La dichiarazione **firmata** può essere inviata al Servizio Tributi del Comune di San Zenone degli Ezzelini con le seguenti modalità:

- all'indirizzo di posta elettronica (PEC) : protocollo.sanzenonedetv@pecveneto.it
- all'indirizzo di posta : tributi2@comune.san-zenone.tv.it
- al numero di fax 0423-567840
- tramite servizio postale con raccomandata A/R all'indirizzo: Via Roma, 1 – 31020 San Zenone degli Ezzelini (TV)
- con consegna a mano negli orari di apertura al pubblico dell'Ufficio Tributi
-

Il versamento dell'imposta al Comune dovrà avvenire entro la data di scadenza della presentazione della dichiarazione di ogni periodo.

Per eventuali ulteriori informazioni visitare il sito www.sanzenonedegliezzelini.eu oppure telefonare ai seguenti numeri di telefono 0423-969250