

**Dichiarazione mensile ai fini dell'Imposta di Soggiorno ANNO 2023**

(articolo 6 del Regolamento dell'Imposta di Soggiorno Comune di Todi -  
approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 71 del 26/10/2017  
e modificato con Delibera Consiglio Comunale n. 89 del 28/12/2018 e Delibera di consiglio Comunale n. 13 del 23/03/2020)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome e nome  
Luogo di nascita  
Codice fiscale  
Residente  
Recapito telefonico Fax e-mail

**In qualità di rappresentante legale della Ditta**  
Codice fiscale Partita IVA Sede legale

**con riferimento alla Struttura ricettiva denominata**

**avente la seguente tipologia e classificazione**

consapevole delle sanzioni penali previste agli artt. 75-76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi del DPR n. 445/2000

**DICHIARA**

che nel mese sottoindicato (Barrare il mese di riferimento della dichiarazione)

- gennaio 2023  febbraio 2023  marzo 2023  aprile 2023  maggio 2023  giugno 2023  
 luglio 2023  Agosto 2023  Settembre 2023  Ottobre 2023  Novembre 2023  Dicembre 2023

**Hanno pernottato presso la propria struttura:**

**TOTALE PERNOTTAMENTI DEL MESE:**

**DI CUI:**

**SOGGETTI AD IMPOSTA**

Mese d'imposta	N. Ospiti (A)	N. Pernottamenti/ Presenze Totali (B)	N. Notti soggette ad imposta. Il numero delle notti imponibili è dato dal numero dei pernottamenti per persona, fino ad un massimo di quattro pernottamenti a persona (C)	Imposta unitaria (D)	Importo totale (E=C x D)
<b>Totali</b>					

## **SOGGETTI ESENTI** (art. 5)

<b>Motivo di esenzione</b>	<b>Mese d'imposta</b>	<b>N. Ospiti</b>	<b>N. presenz e/ notti</b>	<b>N. attestazioni di esenzione (Mod. B)*</b>
Minori fino al compimento del quindicesimo anno di età, che soggiornano con i propri genitori o, comunque con un adulto e che non viaggiano quindi in gruppi scolastici e similari nell'ambito di gite didattiche e simili (lett. a) c. 1)				
Soggetti che assistono i degenti ricoverati presso strutture sanitarie del territorio comunale, anche in regime di <i>day hospital</i> , per un massimo di due accompagnatori per paziente (lett. b) c. 1)				
Pazienti che effettuano cure ospedaliere in regime di <i>day hospital</i> presso strutture sanitarie site nel territorio comunale , i soggetti che, a seguito di ricovero ospedaliero o presso altre strutture similari, proseguono le cure presso le predette strutture sanitarie e i relativi accompagnatori, fino a un massimo di due persone per paziente. Sono altresì esenti le donne in stato di gravidanza che necessitano di cure presso strutture ospedaliere del territorio comunale e/o presso altre strutture similari(lett. c) c. 1)				
Studenti iscritti alle Pubbliche e Private Paritarie che soggiornano nel Comune di Todi per motivi di studio e/o ricerca (lett. d) c. 1)				
Ospiti di strutture ricettive in esse collocati con Ordinanze o altri provvedimenti di protezione Civile emanate a seguito di calamità naturale o per finalità di soccorso umanitario ed i volontari che prestano servizio in occasione di dette calamità o finalità di soccorso umanitario (lett. e) c. 1)				
Gli autisti di pullman e gli accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggio e turismo. L'esenzione si applica per ogni autista di pullman e per un accompagnatore turistico ogni 20 partecipanti.(lett. f) c. 1)				

## **ESCLUSIONI:**

### **1) SOGGETTI RESIDENTI NEL COMUNE DI TODI**

<b>Mese d'imposta</b>	<b>N. Ospiti</b>	<b>N. Pernottamenti/Presenze</b>
<b>Totali</b>		

### **2) SOGGETTI CHE SI SONO RIFIUTATI DI PAGARE**

<b>Mese d'imposta</b>	<b>N. Ospiti</b>	<b>N. Pernottamenti/Presenze</b>	<b>N. Dichiarazioni di Rifiuto (Mod C)*</b>
<b>Totali</b>			

**DICHIARA INOLTRE:**

- che l'importo incassato risulta pari ad €
- che tale importo è stato versato al Comune di Todi in data \_\_\_\_\_ tramite \_\_\_\_\_  
(di cui si allegano ricevute di versamento)
- che \_\_\_\_\_

**COMUNICA (ai soli fini conoscitivi):**

**IL NUMERO DEI SOGGETTI AD IMPOSTA DI SOGGIORNO PER GRUPPI ORGANIZZATI DA TOUR OPERATOR / AGENZIE DI VIAGGI**

Mese d'imposta	N. Ospiti	N. Pernottamenti/Presenze	Imposta unitaria	Importo totale
<b>Totali</b>				

**Allegati:**

- Copia del documento di identità del dichiarante
- copia dei versamenti effettuati relativamente ai mesi del trimestre interessato

*(\*) Le dichiarazioni Mod. C e Mod. D sono da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva.*

*I dati sono trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy.*

**Data**

**Firma**