



*Al Sig.* **SINDACO**  
**del Comune di Tezze sul Brenta**  
Piazza della Vittoria, 1  
36056 Tezze sul Brenta (VI)

**IMPOSTA DI SOGGIORNO**

**DICHIARAZIONE TRIMESTRALE SUI SOGGETTI PASSIVI OSPITI DI STRUTTURA RICETTIVA**

**Il sottoscritto:**

Cognome ..... Nome .....

nato a .....(.....) il .....

residente a ..... (.....) c.a.p. ....

in Via ..... n° ..... tel. ....

Codice Fiscale .....

**in qualità di gestore della seguente STRUTTURA RICETTIVA:**

Denominazione .....

con sede a Tezze sul Brenta in Via ..... n° .....

Codice Fiscale/Partita IVA: .....

tel. n° .....

Indirizzo di posta elettronica certificata (pec) .....

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 6 "Obblighi tributari del soggetto gestore della struttura" del Regolamento per la disciplina dell'Imposta di soggiorno e con riferimento al:

I° trimestre     II° trimestre     III° trimestre     IV° trimestre    anno .....

**i seguenti dati:**

- **Tariffa applicata**        € 1,00 (strutture alberghiere, alloggi turistici, case per vacanze, bed & breakfast)
- N° ..... **di soggetti totali che hanno pernottato nella struttura ricettiva;**
- N° ..... **di pernottamenti totali;**
- N° ..... **di pernottamenti soggetti al pagamento dell'imposta;**

- N° ..... **totale pernottamenti in esenzione ai sensi dell'art. 5 del Regolamento per la disciplina dell'Imposta di soggiorno;**
- N° ..... **di pernottamenti non soggetti all'imposta perché superiori ai 10 giorni consecutivi;**
- N° ..... **di pernottamenti non riscossi per rifiuto dell'ospite della struttura**  
(allegare il relativo modulo compilato dal gestore della struttura per ogni soggetto passivo inadempiente);
- N° ..... **totale soggetti esentati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento per la disciplina dell'Imposta di soggiorno; specificare di seguito il numero di esenzioni pe tipologia<sup>(1)</sup>:**

- i dipendenti delle strutture ricettive alloggiati nelle medesime – n° .....;
- i minori fino al compimento del 14° anno di età – n°.....;
- i malati che devono effettuare visite mediche, cure o terapie in regime di day hospital presso strutture sanitarie – n° .....;
- coloro che assistono degenti ricoverati presso strutture sanitarie, in ragione di un accompagnatore per paziente Nel caso di malati minori di diciotto anni, sono esenti entrambi i genitori – n° .....;
- i portatori di handicap in situazione di gravità con idonea certificazione medica, gli invalidi civili titolari di indennità di accompagnamento con idonea certificazione medica ed il loro accompagnatore – n° .....;
- i soggetti che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche, per fronteggiare situazioni di carattere sociale, nonché di emergenza conseguenti ad eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario;
- i volontari che prestano servizio in occasione di calamità – n° .....;
- gli insegnanti accompagnatori di scolaresche, 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 25 partecipanti – n° .....;
- il personale appartenente alla Polizia di Stato e alle altre forze armate che svolgono attività di ordine e sicurezza pubblica, come definita nel Testo Unico di Pubblica Sicurezza – n° .....;

- **Numero di pernottamenti di persone fisiche residenti nel Comune di Tezze sul Brenta n° ..... ;**
- **Importo incassato per imposta di soggiorno Euro .....**

**Versamento effettuato in data .....** (allegare copia ricevuta) \_\_\_\_\_

**Data .....**

**Firma .....**

**Note**

(1) Dovrà essere allegata la necessaria documentazione atta a dimostrare l'esenzione dell'imposta di soggiorno.

- **La presente dichiarazione va presentata al Comune di Tezze sul Brenta con periodicità trimestrale entro il decimo giorno del mese successivo alla scadenza del trimestre.**