

**COMUNE DI SONDRIO**

AL COMUNE DI SONDRIO – SETTORE TRIBUTI – p.zza Campello, 1 23100 Sondrio  
 Fax 0342/526.333--- posta certificata(PEC): [protocollo@cert.comune.sondrio.it](mailto:protocollo@cert.comune.sondrio.it)

**IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE MESE DI \_\_\_\_\_**

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nella città di Sondrio approvato con delibera del Consiglio Comunale n°74 del 22.12.2011)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

CELL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IN QUALITA' DI

TITOLARE/LEGALE

RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																				PARTITA IVA																		
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEDE LEGALE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA \_\_\_\_\_ UBICATA IN

\_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA \_\_\_\_\_ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**A)** CHE NEL MESE DI \_\_\_\_\_ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

**SOGGETTI AD IMPOSTA**

	n° ospiti soggetti ad imposta	n° pernottamenti soggetti ad imposta

Ospiti con più di quindici pernottamenti (art.4, comma 4 del Regolamento)	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

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

Titpologia di esenzione	Mese di _____	n° ospiti	n° pernottamenti
Residenti del Comune di Sondrio			
Minori entro il quattordicesimo anno di età			
Malati che devono effettuare terapie presso strutture sanitarie			
Accompagnatore di malato che deve effettuare terapie			
Accompagnatore che assiste degente ricoverato presso struttura sanitaria			
Genitori o accompagnatori delegati che assistono ricoverati minorenni presso struttura sanitaria			
Portatori di handicap non autosufficienti			
Accompagnatore di portatore di handicap non autosufficiente			

**SOGGETTI CHE SI RIFIUTANO DI VERSARE L'IMPOSTA**

	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
Ospiti della struttura ricettiva che si rifiutano di corrispondere l'imposta di soggiorno			

**B) CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI € \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ MEDIANTE:**

- Versamento diretto presso tesoreria con quietanza n° \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

⇒ copia del documento di identità del dichiarante

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b>INFORMAZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSEGNA DEL MODULO "C" .</b></p>
--

- La dichiarazione va compilata entro dieci giorni dalla fine di ciascun mese solare;
- La dichiarazione può essere inviata al Settore Tributi con le seguenti modalità:
  1. al n. di fax 0342/526.333;
  2. all'indirizzo di posta elettronica (PEC) [protocollo@cert.comune.sondrio.it](mailto:protocollo@cert.comune.sondrio.it)
  3. tramite servizio postale con raccomandata a/r all'indirizzo Comune di Sondrio - Settore Tributi, p.zza Campello, 1;
  4. con consegna a mano negli orari di apertura al pubblico dell'Ufficio Protocollo.