

Il sottoscritto:

nato a:

in data:

residente a:

in via/piazza

C.F.:

tel.:

e-mail:

in qualita' di legale rappresentante della struttura:

ubicazione:

in via/piazza

classificazione:

DICHIARA, per il periodo: ☐ primo semestre ☐ secondo semestre anno**A) SOGGETTI AD IMPOSTA**

Mese	Ospiti	N° notti	Importo
TOTALI:			

OSPITI CON PERNOTTAMENTI SUPERIORI AI 30 GG.

Mese	Ospiti	N° notti	Importo
TOTALI:			

SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA

Tipologia esenzione	Ospiti	N° notti
minori di 14 anni		
guide turistiche, autisti di pullman, accompagnatori di gruppi		

malati che devono effettuare terapie presso strutture sanitarie della Provincia di Como e loro accompagnatori; accompagnatori di degenti presso strutture sanitarie della Provincia di Como		
ospiti di case per ferie gestite da enti no-profit oltre il 14° giorno consecutivo		
Polizia e Forze Armate in servizio		
disabili con accompagnatore		
volontari Prot. Civile provinciale in caso di calamità e grandi eventi		
pernottamenti dovuti a provvedimenti di autorità pubbliche		
pernottamenti per ragioni di lavoro/studio/formazione professionale		

OSPITI CHE SI RIFIUTANO DI VERSARE L'IMPOSTA

Mese	Ospiti	N° notti	Importo
TOTALI:			

B) di aver effettuato il pagamento di € _____ in data _____ a mezzo:

- ☐ pagoPA
☐ Bonifico Bancario
☐ F24

DATA:

FIRMA