COMUNE DI
RICCIONE

DICHIARAZIONE IMPOSTA DI SOGGIORNO

Oggetto: Dichiarazione ai sensi dell'art. 6 del Regolamento Comunale dell'Imposta di soggiorno nel comune di Riccione, approvata con delibera del Consiglio Comunale numero 13/2013 e successive modifiche ed integrazioni.

ANNO

☐ **1° QUADRIMESTRE SOLARE (GENNAIO/FEBBRAIO MARZO/APRILE)**

☐ **2° QUADRIMESTRE SOLARE (MAGGIO/GIUGNO LUGLIO/AGOSTO)**

☐ **3° QUADRIMESTRE SOLARE (SETTEMBRE/OTTOBRE NOVEMBRE/DICEMBRE)**

Denominazione Struttura:

Indirizzo:

Tipologia struttura

Classificazione

IL DICHIARANTE

Cognome e Nome			
Nato a	il	**Codice fiscale**	
Residente nel Comune di	Prov.	Via	N. Civico
e-mail		Telefono	

IN QUALITA' DI

O **IMPRESA INDIVIDUALE.**

O **LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA':**

Denominazione			
Sede Legale nel Comune di	Prov.	Via	N. Civico
Codice fiscale			

Nr. pernottamenti Imponibili:

Nr. pernottamenti esenti ai sensi dell'art. 4 comma 1 del Regolamento Comunale, di cui:

- Minori di anni 14:
- Assistenti dei ricoverati nelle strutture sanitarie del territorio comunale:
- Appartenenti a forze armate o vigili del fuoco che soggiornano per ragioni di servizio:
- Autisti di pullman:
- Accompagnatori turistici di gruppi organizzati da agenzie di viaggio:
- Personale dipendente che soggiorna nella struttura ricettiva dove svolge attività lavorativa:
- Studenti che svolgono tirocini o stage
- Portatore di handicap grave, certificato a norma di legge:
- Accompagnatore di un soggetto portatore di handicap grave, certificato a norma di legge:
- Turisti che utilizzano il treno in base a specifiche convenzioni finalizzate al miglioramento della ricettività turistica
- Gruppi di pensionati organizzati da enti pubblici di età non inferiore a 65 anni, che soggiornano in strutture alberghiere di 1, 2 e 3 stelle:

Nr. soggetti che si sono rifiutati di pagare (*) :

Di aver versato al Comune la somma di Euro: **In data:**

Tramite:

O Bonifico Bancario CRO:

O TRN:

O Pagamento diretto presso tesoreria Nr. ricevuta (provv./E):

O Nessun pagamento

DICHIARA INOLTRE

☐ **Di essersi avvalso della facoltà di compensare con la seguente motivazione:**

Per l'importo di Euro: **Versato in eccesso in data:**

NOTE:

INFORMATIVA ex art. 13 D.Lgs 196/2003

Desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 («Codice in materia di protezione dei dati personali») prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni: ***1***. I dati da Lei forniti verranno trattati per compiti istituzionali dell'Ente; ***2.*** Il trattamento sarà effettuato con modalità manuale e/o informatizzato; ***3.*** Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'espletamento delle materie di cui all'art. 66 del D.Lgs. 196/2003 (materia tributaria); ***4.*** I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni, sia pubblici sia privati, che per conto dell'Amministrazione svolgano trattamenti ricompresi nelle finalità precedentemente indicate, o diffusi presso gli uffici di questa Amministrazione; ***5.*** Il titolare del trattamento è il Sindaco del Comune di Riccione con sede in viale Vittorio Emanuele II, 2 47838 Riccione; ***6.*** Il responsabile del trattamento è il Funzionario Responsabile del Tributo, con sede in viale Vittorio Emanuele II, 2 47838 Riccione; ***7.*** **In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. n. 196/2003** (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti).

DATA	**FIRMA**

ALLEGATI:

☐RICEVUTA DEL VERSAMENTO ☐ELENCO DEI SOGGETTI CHE NON HANNO VERSATO

(*) Allegare l'elenco completo con i dati anagrafici di coloro che non versano l'imposta.

Denominazione Struttura:

Elenco di coloro che non hanno versato l'Imposta di Soggiorno

Cognome e Nome

nato/a il a ( )

C.F. residente in ( )

via/piazza n. C.A.P.

Periodo del soggiorno: dal al

Cognome e Nome

nato/a il a ( )

C.F. residente in ( )

via/piazza n. C.A.P.

Periodo del soggiorno: dal al

Cognome e Nome

nato/a il a ( )

C.F. residente in ( )

via/piazza n. C.A.P.

Periodo del soggiorno: dal al

Cognome e Nome

nato/a il a ( )

C.F. residente in ( )

via/piazza n. C.A.P.

Periodo del soggiorno: dal al

Data: **Firma**