

Spazio riservato al protocollo

All' Azienda Multi Servizi S.p.A.
Via Mamiani, 29
63074 San Benedetto del Tronto

Tel. 0735.659885
email: impostasoggiorno@sbt.it
PEC: ams-tributi@pec.sbt.it

IMPOSTA DI SOGGIORNO DICHIARAZIONE PERIODO DI IMPOSTA DAL 1° AL 31 AGOSTO 2024

(Regolamento sull'applicazione dell'Imposta di soggiorno approvato con Delibera del Consiglio Comunale n. 21 del 29/03/2012)

Il/La sottoscritto/a nato/a a Prov.(.....)
Il / / residente a Prov.(.....)
in via/piazza n..... CAP.....
telefono cellulare
@mail PEC
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IN QUALITA' DI *Titolare* *Legale Rappresentante* *Altro* , Responsabile dell'Imposta

DELLA DITTA INDIVIDUALE o DELLA SOCIETA'

Ragione Sociale
C. F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sede legale via..... n.
con riferimento alla struttura ricettiva con CIR (codice identificativo regionale)

Alberghiera
(denominazione)

Classificazione alberghiera* ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆
*(barrare casella)

Extra - Alberghiera
(denominazione)

Ubicata in via..... n.

Foglio Mappale Subalterno - Posti letto

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 200 n. 445

DICHIARA

A) che dal 1° al 31 del mese di **AGOSTO** dell'anno **2024** ha avuto presso la propria struttura ricettiva:

CALCOLO IMPOSTA DI SOGGIORNO	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI		IMPOSTA DOVUTA
		TOTALI	TASSABILI	
Ospiti soggetti al Imposta <small>(A norma dell'art.2 del Regolamento, si rammenta che l'Imposta deve essere corrisposta per i primi sette giorni consecutivi di permanenza.)</small>				

B) che ha effettuato il pagamento di euro in data
con la seguente modalità:

bonifico bancario su conto corrente bancario intestato a Comune di San Benedetto del Tronto causale:
"Imposta di soggiorno periodo/anno" - **IBAN IT58N084742440000000005069**

CRO/TRN n.

Versamento/Bonifico sul conto corrente postale n. 14045637 intestato a Comune di San Benedetto del Tronto causale: "Imposta di soggiorno periodo/anno" **IBAN IT85D076011350000014045637**,

CRO/TRN n

VCYL n.

POS PagoPA presso Azienda Multi Servizi S.p.A.

IUV

DETTAGLIO ESENZIONI APPLICATE AGLI OSPITI	OSPITI	PERNOTTAMENTI	IMPOSTA DOVUTA
Ospiti minori di 13 anni			ESENTI
Genitori / Accompagnatori di degenti minori di 18 anni			ESENTI
Accompagnatori di degenti maggiori di 18 anni			ESENTI
Portatori di handicap non autosufficienti			ESENTI
Accompagnatori di portatori di handicap			ESENTI
Gruppi organizzati (min.20 persone) dei soggiorni della terza età e per i disabili			ESENTI
Autisti di pulman e accompagnatori turistici in assistenza a gruppi organizzati			ESENTI
Gli appartenenti alle Forze dell'Ordine che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di carattere sociale			ESENTI

Note:

.....
.....
.....
.....
.....

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

.....
(data)

.....
(Firma)

N.B.: Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti