Comune di Agrate Conturbia

Provincia di Novara

Via Roma 41 – 28100 Agrate Conturbia (NO) - Tel. 0321 / 169.71.48 - Mail: AgrateConturbia@ServizioTributi.it

IMPOSTA DI SOGGIORNO
DICHIARAZIONE DI OMESSO VERSAMENTO

Il/La sottoscritto/a

DATI DELL'OSPITE	
Cognome	**Nome**
Nato a	**il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (Giorno / Mese / Anno)
Comune di Residenza	
Indirizzo	
Codice fiscale (se assegnato)	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Cittadinanza	
Recapito telefonico	**E-mail**

Consapevole che il Consiglio Comunale di Agrate Conturbia ha introdotto l'Imposta di Soggiorno prevista dall'art. 4 del Decreto Legislativo n. 23/2011

Consapevole che per l'omesso, ritardato, parziale versamento del contributo si applicano le sanzioni amministrative pari al 30% (trenta per cento) dell'importo non versato, ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n. 471/1997

DICHIARA

Di aver pernottato dal ..... al ..... presso la struttura

.....

DICHIARA

Che, al termine del soggiorno, **ha ritenuto di NON corrispondere**, al gestore della struttura ricettiva presso la quale ha soggiornato, l'imposta di soggiorno;

Che l'imposta dovuta ammontava a € ..... calcolato sulla base dei giorni di durata del soggiorno

Che l'omissione del versamento dell'imposta è dovuta ai seguenti motivi:

.....

.....

.....

ALLEGATI:

☑ copia del documento di identità del dichiarante

Data .....

Firma dell'ospite / capofamiglia /capogruppo

.....

Parte da compilare a cura del gestore della struttura ricettiva solo nel caso di mancata sottoscrizione del cliente

Il/La sottoscritto/a

Cognome	**Nome**
Nato a	**il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (Giorno / Mese / Anno)
Comune di Residenza	
Indirizzo	
Codice fiscale	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Recapito telefonico	**E-mail**

In qualità di legale rappresentante / responsabile della struttura ricettiva ubicata in Agrate Conturbia

Denominazione	
Tipologia / Classificazione	
Indirizzo	
Codice fiscale / Partita IVA	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DICHIARA

Che il cliente sopra indicato **ha omesso la corresponsione dell'imposta di soggiorno**

Che il cliente ☐ **ha rifiutato**, alla mia presenza, di sottoscrivere la dichiarazione di omesso versamento

Annotazioni eventuali

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data .....

IL/LA DICHIARANTE

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ex artt. 13-14 Reg.to UE2016/679

Il Comune, ai sensi del nuovo GDPR 2016/679, informa l'utente che tratterà i dati personali, contenuti nel presente provvedimento, esclusivamente per lo svolgimento delle attività e per l'assolvimento degli obblighi di Legge, come dettagliato nell'informativa predisposta allo scopo, pubblicata sul sito istituzionale dell'Ente, nella sezione Privacy.

Modulistica DICHIARAZIONE OMESSO PAGAMENTO I.D.S. © 2024 by Trisoft Executive Services SRL è concesso in licenza in base a CC BY-SA 4.0. Per visualizzare una copia di questa licenza, visitare https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.it