

Al Comune di Castel Maggiore  
Ufficio Tributi  
40013 – Castel Maggiore (Bo)  
Mail: [entrate@comune.castel-maggiore.bo.it](mailto:entrate@comune.castel-maggiore.bo.it)  
Pec: [comune.castelmaggiore@pec.renogalliera.it](mailto:comune.castelmaggiore@pec.renogalliera.it)

### IMPOSTA DI SOGGIORNO - I.D.S. – DICHIARAZIONE TRIMESTRALE

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 LEGALE RAPPRESENTANTE DI \_\_\_\_\_

COD.FISCALE/ P.IVA																				
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CON SEDE LEGALE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA \_\_\_\_\_

UBICATA IN CASTEL MAGGIORE VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CLASSE ALBERGHIERA \_\_\_\_\_ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 11 del regolamento dell'Imposta di soggiorno del Comune di Castel Maggiore, approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n. 031 del 29.06.2022 e ss.mm.

### DICHIARA

1. Relativamente al trimestre \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_ di aver riscosso a titolo di imposta di soggiorno la somma di € \_\_\_\_\_, così determinata:

### TOTALE PERNOTTAMENTI

Periodo	totale n. arrivi/ ospiti	*totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

**di cui SOGGETTI AD IMPOSTA**

Periodo	nr. arrivi/ ospiti soggetti ad imposta	nr. pernottamenti soggetti a imposta	nr. quietanze/fatture/ ricevute emesse
Mese di:			
Mese di:			
Mese di:			
Totale trimestre			

Periodo	tariffa		nr. pernottamenti soggetti a imposta		totale imposta dovuta
Mese di:		X		=	€
Mese di:		X		=	€
Mese di:		X		=	€
Totale trimestre					

**di cui SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA**

	Periodo	n. arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale nr. pernottamenti
a) i soggetti che debbono effettuare visite mediche, cure o terapie in Day Hospital presso strutture sanitarie, nonché coloro che assistono degenti ricoverati presso strutture sanitarie, in ragione di 2 accompagnatori per paziente, limitatamente ai pernottamenti ricadenti nel periodo di ricovero o di terapia, ivi compreso il pernottamento immediatamente antecedente il ricovero o la terapia (con certificazione).	Mese di:		
	Mese di:		
	Mese di:		
	Totale trimestre		

	Periodo	n. arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale nr. pernottamenti
b) i soggetti che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche nell'ambito della propria attività istituzionale, per fronteggiare situazioni di carattere sociale e di emergenza conseguenti ad eventi calamitosi o per finalità di soccorso umanitario.	Mese di:		
	Mese di:		
	Mese di:		
	Totale trimestre		

	Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale nr.pernottamenti
c) il personale appartenente alle forze o corpi armati statali, provinciali o locali, nonché del corpo nazionale dei vigili del fuoco e della protezione civile che soggiornano per esigenze di servizio (con certificazione)	Mese di:		
	Mese di:		
	Mese di:		
	Totale trimestre		
	Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale nr.pernottamenti
d) i minori fino al compimento del quattordicesimo anno di età	Mese di:		
	Mese di:		
	Mese di:		
	Totale trimestre		

**di cui SOGGETTI CHE HANNO RIFIUTATO DI EFFETTUARE IL PAGAMENTO**

Ospiti della struttura ricettiva che NON hanno corrisposto l'imposta di soggiorno	Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	Totale trimestre		

Nominativi e codici fiscali dei soggetti ospiti che NON hanno corrisposto l'imposta di soggiorno	

1. di aver provveduto ad effettuare il versamento di € \_\_\_\_\_ a favore del Comune di CASTEL MAGGIORE in data \_\_\_\_\_ tramite \_\_\_\_\_ estremi: \_\_\_\_\_;
2. di aver effettuato la COMPENSAZIONE \*\* in data odierna detraendo dall'importo totale di cui al punto 1. l'importo di €\_ versato erroneamente in eccedenza nel trimestre di \_\_\_\_\_ in data\_ per i seguenti motivi (indicare i motivi di errato versamento): \_\_\_\_\_;
3. di essere consapevole che le irregolarità riscontrate in sede di omessa, incompleta o infedele dichiarazione e/o omesso, ritardato o parziale versamento, saranno sanzionate ai sensi dell'art. 13 commi 2 e 3 del regolamento comunale.

**Eventuali Allegati (elencare):**

---

---

---

---

---

---

---

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI per la compilazione e l'invio della DICHIARAZIONE TRIMESTRALE:**

La DICHIARAZIONE, corredata del documento di identità del dichiarante e/o richiedente, deve essere trasmessa entro 30 giorni dalla chiusura di ciascun trimestre: (01 gennaio-31 marzo => entro 30 aprile; 01 aprile-30 giugno => entro 30 luglio; 01 luglio-30 settembre => entro 30 ottobre; 01 ottobre - 31 dicembre => entro 30 gennaio anno successivo), con una delle seguenti modalità:

- ▶ e-mail : [entrate@comune.castel-maggiore.bo.it](mailto:entrate@comune.castel-maggiore.bo.it)
- ▶ Pec: [comune.castelmaggiore@pec.renogalliera.it](mailto:comune.castelmaggiore@pec.renogalliera.it)
- ▶ racc. a/r. all' Ufficio Tributi – via Matteotti n. 10 – 40013 Castel Maggiore (Bo)