



## CITTA' DI VITERBO

SETTORE IV Sviluppo ed Interventi Economici, Statistica, Attività Produttive, Servizi Demografici  
Via Igino Garbini 84/b – tel 0761/348379 Fax 0761/348357

### DICHIARAZIONE QUADRIMESTRALE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO

(dichiarazione resa ai sensi del Regolamento Comunale per l'Imposta di Soggiorno approvato con deliberazione C.C.n.31 del 21/8/2014)

**QUADRIMESTRE** .....(*indicare I, II, o III*) **ANNO**.....

Il sottoscritto.....  
in qualità di:

- Titolare della omonima ditta individuale.....  
 Legale rappresentante della Soc.....

Codice Fiscale/P.IVA.....  
Con riferimento alla seguente struttura ricettiva:

**DENOMINAZIONE STRUTTURA RICETTIVA:**.....

**INDIRIZZO** .....

**CLASSIFICAZIONE:** (*indicare n. stelle oppure categoria*).....

**TARIFFA:** €.....

#### TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>STRUTTURE ALBERGHIERE</b>                | <input type="checkbox"/> <b>STRUTTURE EXTRA-ALBERGHIERE</b>   |
| <input type="checkbox"/> Albergo                                     | <input type="checkbox"/> Bed & Breakfast  |
| <input type="checkbox"/> Residenza Turistico-Alberghiera (residence) | <input type="checkbox"/> Case o appartamenti per vacanze in forma:<br>imprenditoriale <input type="checkbox"/> non imprenditoriale <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Motel                                       | <input type="checkbox"/> Affittacamere  |
|  | <input type="checkbox"/> Casa per ferie   |
|  | <input type="checkbox"/> Ostello per la gioventù  |

**ATTIVITA' AGRITURISTICA - AGRICAMPEGGIO**

#### DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art.76 del DPR N.445/2000

PER IL PERIODO D'IMPOSTA (*indicare I, II, o III*).....QUADRIMESTRE - ANNO.....

**ESENZIONI:****ESENTI DAL PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO NEL QUADRIMESTRE DI RIFERIMENTO**

|   |    |
|---|----|
| Minori fino a 12 anni   | N. |
| Pazienti in day hospital  | N. |
| Persona che assiste paziente in regime di day hospital (max una persona per paziente)   | N. |
| Persona che assiste un degente ricoverato presso strutture sanitarie pubbliche o private del territorio provinciale (max 2 persone per degente) | N. |
| Persona con disabilità fisica sensoriale e cognitiva (L.104/92)   | N. |
| Studenti regolarmente iscritti all'Università della Toscana nell'anno in corso  | N. |

**RIFIUTO DI PAGAMENTO NEL QUADRIMESTRE DI RIFERIMENTO**

|  |    |
|--|----|
| RIFIUTO DI PAGAMENTO (di cui si trasmettono gli estremi in allegato) | N. |
|--|----|

**IMPOSTA RISCOSSA NEL QUADRIMESTRE DI RIFERIMENTO : ( es. n. pernottamenti soggetti a imposta x tariffa = importo)**

| MESE DI _____   | OSPITI | pernottamenti<br>soggetti a imposta | IMPORTO |
|-----------------|--------|-------------------------------------|---------|
| TARIFFA intera  | N.     | N.                                  | €.      |
| TARIFFA ridotta | N.     | N.                                  | €.      |

| MESE DI _____   | OSPITI | pernottamenti<br>soggetti a imposta | IMPORTO |
|-----------------|--------|-------------------------------------|---------|
| TARIFFA intera  | N.     | N.                                  | €.      |
| TARIFFA ridotta | N.     | N.                                  | €.      |

| MESE DI _____   | OSPITI | pernottamenti<br>soggetti a imposta | IMPORTO |
|-----------------|--------|-------------------------------------|---------|
| TARIFFA intera  | N.     | N.                                  | €.      |
| TARIFFA ridotta | N.     | N.                                  | €.      |

| MESE DI _____   | OSPITI | pernottamenti<br>soggetti a imposta | IMPORTO |
|-----------------|--------|-------------------------------------|---------|
| TARIFFA intera  | N.     | N.                                  | €.      |
| TARIFFA ridotta | N.     | N.                                  | €.      |

**TOTALI RELATIVI AL QUADRIMESTRE DI RIFERIMENTO**

|  |
|--|
| TOT. OSPITI N. _____   |
| TOT. PERNOTTAMENTI SOGGETTI A IMPOSTA N. _____                 |
| TOTALI ESENTI N. _____   |
| TOT. RIFIUTI DI PAGAMENTO N. _____                             |
| TOT. IMPOSTA RISCOSSA NEL ____ QUADRIMESTRE ANNO ____ €. _____ |

## PAGAMENTO:

Dichiaro di aver già effettuato il versamento dell'imposta di soggiorno riscossa di €.\_\_\_\_\_ riferita al (*indicare I, II, o III*).....**QUADRIMESTRE - ANNO** ..... mediante:

bonifico bancario intestato a

COMUNE DI VITERBO – IMPOSTA DI SOGGIORNO **IBAN** IT30A0760114500001024416990  
di cui allego ricevuta

Conto Corrente postale intestato a

COMUNE DI VITERBO – IMPOSTA DI SOGGIORNO 1024416990  
di cui allego ricevuta

Versamento diretto presso la TESORERIA DEL COMUNE DI VITERBO – Via Mazzini VT c/o Cassa di Risparmio, di cui allego ricevuta

Viterbo, data

firma del dichiarante gestore della struttura ricettiva

Allegare:

- Copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità
- copia della ricevuta di bonifico/Conto Corrente/Versamento c/o Tesoreria

**N.B. LA PRESENTE DICHIARAZIONE DOVRA' ESSERE INVIATA TRAMITE UNA DELLE SEGUENTI MODALITA':**

- utilizzando il software Stay Tour messo a disposizione dall'Amministrazione Comunale;
- con PEC all'indirizzo: [sviluppoeconomico@pec.comuneviterbo.it](mailto:sviluppoeconomico@pec.comuneviterbo.it) sottoscritta con firma digitale, qualora il dichiarante ne sia in possesso oppure con allegata copia del documento d'identità;
- con e-mail all'indirizzo: [sviluppoeconomico@comune.viterbo.it](mailto:sviluppoeconomico@comune.viterbo.it) sottoscritta con allegata copia del documento d'identità;
- con FAX al numero 0761 348357.
- tramite invio postale a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Comune di Viterbo, Via F.Ascenzi n.1 – 01100 Viterbo
- consegna a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Viterbo Via F.Ascenzi n.1 oppure allo Sportello SUEAP – Via I.Garbini n.84 b piano terra - Viterbo