

COMUNE DI SANTA MARINA

Provincia di Salerno

Via Santa Croce

Tel 0974989005

AL RESPONSABILE DELL'UFFICIO TRIBUTI

Imposta di Soggiorno anno/ mese

OGGETTO: Dichiarazione Pernottamenti - Ai sensi del Regolamento approvato con Delibera di Consiglio Comunale n° 07 del 28.03.2018. (da trasmettere entro il quinto giorno del mese successivo).

PERIODO D'IMPOSTA dal al

DENOMINAZIONE STRUTTURA

TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA:

Strutture alberghiere Bed & Breakfast Esercizi di affittacamere

Case e appartamenti per vacanze Locazioni brevi

Codice Fiscale / Partita I.V.A.:

Titolare della Struttura:

Totale Pernottamenti:

di cui Esenti n.

Come da dichiarazioni allegate

	Tariffa	N° Pernottamenti Paganti	=	Totale Imposta
Imposta X	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Totale		<input type="text"/>		<input type="text"/>

DATA _____

FIRMA _____

Timbro Struttura