

# 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