

COMUNE DI SCICLI

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DEL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO (DA COMPILARE A CURA DELL'OSPITE DELLA STRUTTURA RICETTIVA)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A _____ PROV. _____ IL ____/____/_____
RESIDENTE A _____ PROV. _____
VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____
TEL _____ CELL. _____ FAX _____
E-MAIL _____

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

- Di aver pernottato dal _____ al _____ presso la struttura ricettiva denominata _____ sita in _____
Via/Piazza _____ n. _____;
- Di essere stato informato dell'obbligo di corrispondere l'imposta di soggiorno da parte del gestore della struttura ricettiva sopra descritta;
- Di aver rifiutato di versare l'imposta di soggiorno al gestore della struttura ricettiva per un importo di € _____ calcolati secondo quanto stabilito dal Comune di Scicli;
- Che l'omissione del versamento dell'imposta è dovuta per seguenti motivi (l'indicazione è facoltativa)

ALLEGATI: Copia del documento valido di identità del dichiarante

Dichiara inoltre di essere informato ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. N.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di cui alla presente dichiarazione.

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

DATA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

N.B. La presente dichiarazione resa in base al Regolamento sull'imposta di soggiorno nel comune di Scicli è trattenuta e conservata per almeno 5 anni dal gestore della struttura e messa a disposizione in qualunque momento su richiesta dell'Amministrazione Comunale.