



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità

**AL COMUNE DI FERRARA
SETTORE PROGRAMMAZIONE
FINANZIARIA**

Servizio Risorse Tributarie

Via Mons. L. Maverna, 4

44122-FERRARA

Fax 0532.418022

PEC: servizitributari@cert.comune.fe.it

IMPOSTA DI SOGGIORNO – COMUNICAZIONE TRIMESTRE SOLARE

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 _____

PARTITA IVA - CODICE FISCALE																	
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CON SEDE LEGALE IN _____ PROV. ____ VIA/PIAZZA _____ N. ____

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA _____

UBICATA IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. ____

CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA _____ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA _____

COMUNICA

A) CHE NEL TRIMESTRE SOLARE (indicare i mesi di riferimento) _____ dell'

Anno _____ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA i seguenti ospiti:

SOGGETTI AD IMPOSTA

Periodo	n.° arrivi / ospiti soggetti ad imposta	n.° pernottamenti soggetti ad imposta
Mese di		
Mese di		
Mese di		
TOTALE TRIMESTRE		
Euro a notte **		
Totale imposta dovuta Euro		

SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 5 del Regolamento)

Minori fino al compimento del diciottesimo anno di età	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

Soggetto ricoverato o degente presso strutture sanitarie presenti sul territorio provinciale, in quanto abbisogna di cure e/o terapie, anche limitatamente al giorno antecedente alla data del ricovero e/o degenza ed a quello successivo alla data della dimissione.	Periodo	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

Soggetto in carico ai servizi sociale e sanitario, con certificazione del servizio interessato, ivi compresi coloro che alloggiano temporaneamente a causa degli eventi sismici del 20-29 maggio 2012, presso le strutture presenti sul territorio comunale	Periodo	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

Soggetto che presta assistenza al degente o ricoverato presso strutture sanitarie presenti sul territorio provinciale, in ragione di massimo n. due accompagnatori/assistenti per malato	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

Autista di pullman e/o l'accompagnatore turistico che presta regolare attività di assistenza a gruppi di almeno 18 turisti partecipanti, organizzati dalle agenzie di viaggio e turismo	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

Soggetto appartenente a forze di polizia nazionale e locale (es: carabinieri, guardia di finanza, polizia di stato, forestale, penitenziaria, municipale, ecc), alle forze armate (Esercito, Marina, Aeronautica militare, Militari Nato) o al corpo nazionale dei vigili del fuoco, che soggiornano nelle strutture ricettive per motivi di servizio	Periodo	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

Soggetto che presta attività di volontariato per emergenze dettate da eventi/calamità naturali	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		
Personale dipendente del gestore della struttura che ivi svolge attività lavorativa	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		
Possessore di card turistica Il numero di notti che in tale caso soggiace all'esenzione varia a seconda del numero di giorni di validità della card turistica. A titolo esemplificativo: card valida 2 (due) gg. il pernottamento esente è n. 1 (uno), card valida 3(tre) gg. i pernottamenti esenti sono n.2(due), card valida 6 (sei) gg. i pernottamenti esenti sono 5(cinque).	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		
Portatore di handicap grave, la cui condizione di disabilità sia certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n°104/92 e di analoghe disposizioni dei paesi di provenienza per i cittadini stranieri ed uno solo degli eventuali accompagnatori.	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

Residenti nel Comune(soggetti esclusi dal pagamento dell'imposta)	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

DAY USE (DALLE 10:00 ALLE 18:00)

Ospiti in day use (dalle 10:00 alle 18:00)	Periodo trimestrale	n.° arrivi / ospiti	n° day use
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	TOTALE TRIMESTRE		

PERNOTTAMENTI OLTRE IL SETTIMO

Pernottamenti oltre il settimo	Periodo trimestrale	N° pernottamenti oltre il settimo
	Mese di	
	Mese di	
	Mese di	
	TOTALE TRIMESTRE	

B) CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO _____ IN DATA _____ MEDIANTE:

• ☐ PAGO PA

• ☐ Versamento in contanti presso il Tesoriere Comunale (Bper Banca) : quietanza n° _____

• ☐ F24

C) CHE HA EFFETTUATO LA COMPENSAZIONE*** in data odierna detraendo dall'importo totale di cui al punto **B)** l'importo

di € _____, _____ versato erroneamente in eccedenza nel trimestre di _____ in data _____ ,

per i seguenti motivi: (indicare motivi di errato versamento)

Si precisa che l'importo oggetto di compensazione non è stato richiesto a RIMBORSO.

*** Qualora l'importo da compensare sia superiore o uguale a € 1.500,00, la compensazione deve essere autorizzata e concordata preventivamente con il Servizio Risorse Tributarie del Comune di Ferrara – Tel. 0532-418008/ 418029

NOTE _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante solo in fase di prima comunicazione
copia della ricevuta del versamento effettuato (facoltativo)

DATA _____

FIRMA _____
(in luogo della sottoscrizione autografa
può essere utilizzata la firma digitale)

INFORMAZIONI PER LA COMPILAZIONE E L'INVIO DELLA COMUNICAZIONE TRIMESTRALE

- La comunicazione va **compilata** entro quindici giorni dalla fine di ciascun trimestre.
- La comunicazione va **inviata** al Servizio Risorse Tributarie con una delle seguenti modalità:
 - ❖ **FAX:** 0532 418022
 - ❖ **PEC:** servizitributari@cert.comune.fe.it
 - ❖ tramite servizio postale con **raccomandata a/r** all'indirizzo: Servizio Risorse Tributarie – Ufficio Imposta di soggiorno - via Mons. L. Maverna, 4 – 44122 FERRARA;
 - ❖ consegna **a mano**, previo appuntamento telefonico, all' Ufficio Imposta di soggiorno - via Mons. L. Maverna, 4 – 44122 FERRARA con allegato documento valido di identità del dichiarante se diverso dal soggetto che effettua la consegna.

** La misura dell'imposta stabilita con apposita delibera di Giunta Comunale è la seguente:

STRUTTURE ALBERGHIERE – Compresi i Condhotel

Classificazione	Imposta (euro) a persona / notte fino ad un massimo di cinque pernottamenti consecutivi
1 stella	2,50
2 stelle	2,50
3 stelle + 3 stelle s.	3,00
4 stelle + 4 stelle s.	3,50
5 stelle	4,50

RESIDENZE TURISTICHE ALBERGHIERE – RESIDENCE

Classificazione	Imposta (euro) a persona / notte fino al numero massimo di cinque pernottamenti consecutivi
2 stelle	2,50
3 stelle	3,00
4 stelle	3,50

STRUTTURE RICETTIVE EXTRALBERGHIERE E IMMOBILI DI CUI ALL'ART. 4 DEL DL 50/2017, COME CONVERTITO NELLA L. 96/2017 E SS.MM.II

Tipologia	Imposta (euro) a persona / notte fino al numero massimo di cinque pernottamenti consecutivi
Appartamenti ammobiliati ad uso turistico e immobili o parte di essi soggetti a locazioni brevi di cui all'art. 4 del DL. 50/2017, conv. Nella L. 96/2017 (il cui canone - corrispettivo sia riscosso direttamente dai proprietari o da soggetti che esercitano attività di intermediazione immobiliare o da gestori di piattaforme telematiche)	3,00
Bed & Breakfast (<i>attività saltuaria di pernottamento e prima colazione</i>) - room and breakfast, locande.	2,50
AFFITTACAMERE	2,50

CASE E APPARTAMENTI PER VACANZA

Classificazione	Imposta (euro) a persona / notte fino al numero massimo di cinque pernottamenti consecutivi
2 soli	2,50
3 soli	3,00
4 soli	3,50

ALTRE TIPOLOGIE STRUTTURE RICETTIVE EXTRALBERGHIERE

Tipologia	Imposta (euro) a persona / notte fino al numero massimo di cinque pernottamenti consecutivi
Strutture ricettive all'aria aperta (campeggi e villaggi turistici)	1,50
Ostelli	1,50
Case per ferie	1,50
Aree attrezzate di sosta temporanea e strutture ricettive all'aria aperta non aperte al pubblico.	1,50

AGRITURISMI

Classificazione	Imposta (euro) a persona / notte fino al numero massimo di cinque pernottamenti consecutivi
1 girasole	1,50
2 girasoli	1,50
3 girasoli	2,50
4 girasoli	3,00
5 girasoli	3,50