

Al COMUNE DI GAVORRANO

Uff. Tributi

P.zza Buozzi, 16 – 58023 Gavorrano

Pec:comune.gavorrano@postecert.it

Fax: 0566 / 843252

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI
SOGGIORNO**

(da compilare a cura dell' ospite della struttura ricettiva)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A

A _____ PROV. _____ IL ____/____/____ RESIDENTE A

_____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

CAP _____

TEL / CELL _____

E-MAIL _____

FAX _____

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

DICHIARA

- che ha soggiornato presso la struttura ricettiva denominata _____ dal giorno _____ al giorno _____;
- di essere stato informato dell'obbligo di corrispondere l'imposta di soggiorno da parte del gestore della struttura ricettiva sopra descritta che gli ha fatto presente che l'imposta di soggiorno e' legge dello stato italiano ed e' disciplinata dal regolamento del Comune di Gavorrano e che in caso di rifiuto del pagamento il Comune si attiverà nei suoi confronti per il recupero delle somme non corrisposte, con l'applicazione delle sanzioni di legge.
- Che **si rifiuta di corrispondere l'imposta di soggiorno al gestore della struttura ricettiva per un importo di € _____**,
calcolato sulla base della misura stabilita dal Comune di Gavorrano;

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al d. lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

NOTE: _____
—

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____

Allegati: copia del documento d'identità del dichiarante.