



IMPOSTA DI SOGGIORNO
RICHIESTA DI RIMBORSO/COMPENSAZIONE
(Art. 12 Regolamento comunale sull'imposta di soggiorno)

- DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA RICETTIVA -

Al Comune di Signa
Ufficio Tributi
P.zza della Repubblica, 1
50058 SIGNA (FI)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il ____/____/____ residente a _____
Prov. _____ Via/Piazza _____
N° _____ CAP _____ Tel. _____ Fax _____
E-mail _____ codice fiscale _____
In qualità di _____ della Società _____
Sede Legale _____
con riferimento alla struttura ricettiva _____
_____ ubicata in _____
Via/Piazza _____ N° _____

DICHIARA

che il giorno _____ anno _____ ha effettuato il versamento dell'imposta di soggiorno relativo al trimestre _____ in eccedenza rispetto al dovuto, poiché (*barrare la casella che interessa*):

- ha presentato dichiarazione errata e, a tal fine, provvede a presentare nuova dichiarazione allegata alla presente;
- ha effettuato un versamento maggiore rispetto a quanto indicato nella dichiarazione del _____;

CHIEDE

- il rimborso di Euro _____ da accreditare sul conto corrente intestato a _____
_____ IBAN N° _____;
- la compensazione di Euro _____.

Data _____

Il/la dichiarante _____
(allegare COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA')