



COMUNE DI ARBUS

Provincia Sud Sardegna

IMPOSTA DI SOGGIORNO MODULO PER RICHIESTA RIMBORSO/COMPENSAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____.

il ____ / ____ / ____ residente a _____ prov. _____.

Via/Piazza _____ n. _____. Cap _____.

Tel./cell. _____ E-Mail _____.

Codice Fiscale _____.

in qualità di:

titolare della ditta individuale _____

con sede legale in _____ prov. _____ Via/piazza _____ n. ____.

legale rappresentante de _____.

con sede legale in _____ prov. _____ Via/piazza _____ n. ____.

codice fiscale _____ - partita IVA _____

con riferimento alla struttura ricettiva _____

ubicata in _____ via/piazza _____ n. ____.

classificazione alberghiera _____ tipologia struttura _____

Considerato che:

- Ha effettuato il versamento a titolo di imposta di soggiorno di € _____ per il trimestre _____ in data _____;
- Il versamento e' stato erroneamente effettuato (indicare le motivazioni):

CHIEDE

(barrare la casella che interessa)

Il rimborso della somma di €..... sul conto corrente intestato a.....

IBAN.....;

Di compensare la somma di €..... con il primo trimestre utile così come previsto dal comma 2 dell'art. 11 del Regolamento Comunale per l'applicazione dell'Imposta di Soggiorno

A tal fine, allega la documentazione necessaria:

- Copia versamenti effettuati al comune;
- Copie di ricevute rilasciate agli ospiti nel periodo di riferimento;
- Altri Documenti



COMUNE DI ARBUS

Provincia Sud Sardegna

Informativa ex GDPR 679/2016 per il trattamento dei dati personali.

In osservanza di quanto disposto dal D.lgs 101/2018 recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) GDPR 679/2016", il Comune di Arbus, in qualità di soggetto giuridico Titolare e Responsabile del trattamento dei dati personali, la informa che i dati da lei forniti verranno trattati, anche con strumenti informatici, nei limiti della normativa per l'esclusiva finalità di cui al presente procedimento.

ALLEGATI: Copia del Documento di identità in corso di validità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____