

**Modulo E**
**IMPOSTA PROVINCIALE DI SOGGIORNO**
**COMUNICAZIONE**
**Ai sensi dell'art. 6 del D.P.P. 03 Dicembre 2020 n. 15-28/Leg**

LA COMUNICAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA ANCHE SE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO NON CI SONO STATI PERNOTTAMENTI

DATI GENERALI DELLA COMUNICAZIONE	
STRUTTURA RICETTIVA	
CODICE STRUTTURA	
COMUNE	
CATEGORIA	
TARIFFA GIORNALIERA	_____, ____ Euro
USERNAME PROCEDURA TELEMATICA	ITTR_____

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 in qualità di \_\_\_\_\_ società \_\_\_\_\_  
 c.f/p.iva \_\_\_\_\_ sede legale \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di gestore della struttura ricettiva sopra indicata, a causa del mancato funzionamento delle procedure telematiche, **COMUNICA** i seguenti dati:

DETTAGLIO DELLA COMUNICAZIONE		
<b>PERIODO DI RIFERIMENTO</b> : : <input type="checkbox"/> 01/01-30/04, <input type="checkbox"/> 01/05-31/08, <input type="checkbox"/> 01/09-31/12		<b>ANNO</b> _____
TIPO SOGGETTI	NR PERNOTTAMENTI	IMPOSTA INCASSATA
PAGANTI	_____	_____, ____ Euro
Ragazzi fino al compimento del 14° anno di età ( esenti art. 3 lett. a)	_____	0,00 Euro
Soggetti che hanno soggiornato più di 10 giorni consecutivi (esclusi art. 2)	_____	0,00 Euro
Coloro che ricevono terapie presso le strutture sanitarie ( esenti art. 3 c. 1 let b)	_____	0,00 Euro
Accompagnatori pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie (esenti art. 3 c 1 lett. c)	_____	0,00 Euro
Soggetti aventi diritto ai sensi art. 3 L. 104/1995 (esenti art. 3 c. 1 lett. d)		
Accompagnatori soggetti aventi diritto art. 3 L. 104/1995 (esenti art. 3 c. 1 lett. d)	_____	0,00 Euro

Richiedenti protezione internazionale, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta (esenti art. 3 c 1 lett. e)	_____	0,00 Euro
Soggetti ospitati a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza (esenti art. 3 c. 1 lett f)	_____	0,00 Euro
Familiari di pazienti ricoverati strutture sanitarie ospedaliere (esenti art.15 c.3 lett a)	_____	0,00 Euro
Forze dell'ordine/Operatori protezione civile in servizio (esenti art. 15 c. 3 lett b)	_____	0,00 Euro

**LA PRESENTE COMUNICAZIONE E' (barrare la casella di interesse):**

- INTEGRATIVA DELLA COMUNICAZIONE \_\_\_\_\_ (indicare periodo) PRESENTATA TELEMATICAMENTE;
- SOSTITUTIVA DELLA COMUNICAZIONE N. \_\_\_\_\_ (indicare n. comunicazione) DEL \_\_\_\_\_ (indicare periodo) PER LA QUALE SI RICHIEDE LA CANCELLAZIONE;
- PRIMA COMUNICAZIONE DEL \_\_\_\_\_ (indicare periodo) IN QUANTO NON IN POSSESSO DELLE CREDENZIALI TELEMATICHE

Allega la seguente documentazione:

- **Copia documento di identità del richiedente**

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI CONFERITI E/O ACQUISITI DALL'ENTE NELL'AMBITO DELLE PROPRIE ATTIVITA' ISTITUZIONALI.**

Il Trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali. I dati potranno essere trattati da Trentino Riscossioni S.p.A. esclusivamente per lo svolgimento delle attività di competenza e di funzioni istituzionali, in particolare per ogni adempimento necessario all'applicazione di Leggi nazionali, disposizioni della Provincia Autonoma di Trento ed alla attività di riscossione delle entrate per conto degli Enti soci. Potrà trovare l'informativa completa, resa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, sul sito internet alla sezione privacy all'indirizzo [www.trentinoriscossionispa.it](http://www.trentinoriscossionispa.it).

**MODALITA' DI INVIO**

- posta elettronica certificata: [trentinoriscossionispa@pec.provincia.tn.it](mailto:trentinoriscossionispa@pec.provincia.tn.it)
- raccomandata A.R.: via Jacopo Aconcio n. 6 38122 Trento

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_