



|  |                  |  |  |
|--|------------------|--|--|
|  | Mese di GENNAIO  |  |  |
|  | Mese di FEBBRAIO |  |  |
|  | Mese di MARZO    |  |  |
|  | TOTALE TRIMESTRE |  |  |

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

|                      |                  |           |                  |
|----------------------|------------------|-----------|------------------|
| Residenti del Comune | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|                      | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|                      | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|                      | Mese di MARZO    |           |                  |
|                      | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

|   |                  |           |                  |
|---|------------------|-----------|------------------|
| Minori entro il quattordicesimo anno di età | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|   | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|   | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|   | Mese di MARZO    |           |                  |
|   | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

|   |                  |           |                  |
|---|------------------|-----------|------------------|
| Malati che devono effettuare terapie presso strutture sanitarie | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|   | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|   | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|   | Mese di MARZO    |           |                  |
|   | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

|  |                  |           |                  |
|--|------------------|-----------|------------------|
| Accompagnatore di malato che deve effettuare terapie | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|  | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|  | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|  | Mese di MARZO    |           |                  |
|  | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

|  |                  |           |                  |
|--|------------------|-----------|------------------|
| Accompagnatore che assiste degente ricoverato presso struttura sanitaria | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|  | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|  | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|  | Mese di MARZO    |           |                  |
|  | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

|  |                  |           |                  |
|--|------------------|-----------|------------------|
| Genitori o accompagnatori delegati che assistono ricoverati minorenni presso struttura sanitaria | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|  | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|  | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|  | Mese di MARZO    |           |                  |
|  | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

|   |                  |           |                  |
|---|------------------|-----------|------------------|
| Portatori di handicap non autosufficienti | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|   | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|   | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|   | Mese di MARZO    |           |                  |
|   | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

|   |                  |           |                  |
|---|------------------|-----------|------------------|
| Accompagnatore di portatore di handicap non autosufficiente | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|   | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|   | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|   | Mese di MARZO    |           |                  |
|   | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

|   |                  |           |                  |
|---|------------------|-----------|------------------|
| Autisti di pullman e accompagnatori turistici | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|   | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|   | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|   | Mese di MARZO    |           |                  |
|   | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

### **SOGGETTI CHE SI RIFIUTANO DI VERSARE L'IMPOSTA**

|   |                  |           |                  |
|---|------------------|-----------|------------------|
| Ospiti della struttura ricettiva che si rifiutano di corrispondere l'imposta di soggiorno | Periodo          | n° ospiti | n° pernottamenti |
|   | Mese di GENNAIO  |           |                  |
|   | Mese di FEBBRAIO |           |                  |
|   | Mese di MARZO    |           |                  |
|   | TOTALE TRIMESTRE |           |                  |

2. CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO \_\_\_\_\_ IN DATA

\_\_\_\_\_ MEDIANTE:

- Bollettino di conto corrente postale n° (codice numerico dopo la sigla

VCY) \_\_\_\_\_

- Bonifico Bancario: CRO n° \_\_\_\_\_

- Versamento diretto presso tesoreria: quietanza

n° \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

---

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

#### INFORMAZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSEGNA DEL MODULO "B" .

- La dichiarazione va compilata entro quindici giorni dalla fine di ciascun trimestre solare (15 aprile – 15 luglio – 15 ottobre – 15 gennaio).
- La dichiarazione deve essere inviata al seguente indirizzo PEC:  
[casteldazzano@legalmail.it](mailto:casteldazzano@legalmail.it)