

**MODULO B1**

Comune di Castel d'Azzano (VR)

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE 1° TRIMESTRE SOLARE*(Regolamento sull'imposta di soggiorno approvato con delibera del Consiglio Comunale n°7 del 14 marzo 2016 e s.m.)*

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____
PROV. _____ IL ___ / ___ / ___ RESIDENTE A _____ PROV. _____ VIA/PIAZZA _____
N. _____ CAP _____ TEL _____
CELL _____ FAX _____ E-MAIL _____

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

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI _____

CODICE FISCALE																				PARTITA IVA FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEDE LEGALE A _____ PROV. _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA _____

UBICATA IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA _____ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA _____

DICHIARA

CHE NEL TRIMESTRE SOLARE GENNAIO/FEBBRAIO/MARZO ANNO _____ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

SOGGETTI AD IMPOSTA

Periodo	n° ospiti soggetti ad imposta	n° pernottamenti soggetti ad imposta
Riporto trimestre precedente		
Mese di GENNAIO		
Mese di FEBBRAIO		
Mese di MARZO		
Detrazioni pernottamenti riscossi il mese successivo		
TOTALE TRIMESTRE		
Euro a notte		
Totale imposta dovuta Euro		

Ospiti con più di cinque pernottamenti	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
--	---------	-----------	------------------

	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