

| | | | |
|--|-------------------|--|--|
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

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

| | | | |
|----------------------|-------------------|-----------|------------------|
| Residenti del Comune | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| | | | |
|---|-------------------|-----------|------------------|
| Minori entro il quattordicesimo anno di età | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| | | | |
|---|-------------------|-----------|------------------|
| Malati che devono effettuare terapie presso strutture sanitarie | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| | | | |
|--|-------------------|-----------|------------------|
| Accompagnatore di malato che deve effettuare terapie | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| | | | |
|--|-------------------|-----------|------------------|
| Accompagnatore che assiste degente ricoverato presso struttura sanitaria | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| | | | |
|--|-------------------|-----------|------------------|
| Genitori o accompagnatori delegati che assistono ricoverati minorenni presso struttura sanitaria | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| | | | |
|---|-------------------|-----------|------------------|
| Portatori di handicap non autosufficienti | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| | | | |
|---|-------------------|-----------|------------------|
| Accompagnatore di portatore di handicap non autosufficiente | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| | | | |
|---|-------------------|-----------|------------------|
| Autisti di pullman e accompagnatori turistici | Periodo | n° ospiti | n° pernottamenti |
| | Mese di LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | 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 LUGLIO | | |
| | Mese di AGOSTO | | |
| | Mese di SETTEMBRE | | |
| | 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