



MODULO B4

Comune di Castel d'Azzano (VR)

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE IV° 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 OTTOBRE/NOVEMBRE/DICEMBRE ANNO _____ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

SOGGETTI AD IMPOSTA

Periodo	n° ospiti soggetti	n° pernottamenti soggetti
	ad imposta	ad imposta
Riporto trimestre precedente		
Mese di OTTOBRE		
Mese di NOVEMBRE		
Mese di DICEMBRE		
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 OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

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

Residenti del Comune	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Minori entro il quattordicesimo anno di età	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Malati che devono effettuare terapie presso strutture sanitarie	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Accompagnatore di malato che deve effettuare terapie	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Accompagnatore che assiste degente ricoverato presso struttura sanitaria	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Genitori o accompagnatori delegati che assistono ricoverati minorenni presso struttura sanitaria	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Portatori di handicap non autosufficienti	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Accompagnatore di portatore di handicap non autosufficiente	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Autisti di pullman e accompagnatori turistici	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	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 OTTOBRE		
	Mese di NOVEMBRE		
	Mese di DICEMBRE		
	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