

**CONTO DELLA GESTIONE DELL'AGENTE CONTABILE  
"MODULO 21"**

ENTE TITOLARE DELL'ENTRATA:

**COMUNE DI CASTEL D'AZZANO**

**ESERCIZIO ANNO**

**DATI ANAGRAFICI DELLA DITTA**  
(Persona fisica/persona giuridica)

Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_  
P.IVA / CF. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_

**DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA RICETTIVA**

Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAZIONE**

N. ORDINE	PERIODO E OGGETTO DELLA RISCOSSIONE	ESTREMI RISCOSSIONE		VERSAMENTO IN TESORERIA		NOTE
		RICEVUTE N.	IMPORTO	QUIETANZA N.	IMPORTO	
	GENNAIO _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	FEBBRAIO _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	MARZO _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	APRILE _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	MAGGIO _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	GIUGNO _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	LUGLIO _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	AGOSTO _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	SETTEMBRE _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	OTTOBRE _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	NOVEMBRE _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	DICEMBRE _____ Imposta Soggiorno	dal n. _____ .....				
	<b>TOTALE</b>	<b>TOTALE</b>		<b>TOTALE</b>		

**CASTEL PAZZANO** n. \_\_\_\_\_

Il presente conto contiene n. \_\_\_\_\_ registrazioni in n. \_\_\_\_\_ pagine

Firma dell'AGENTE CONTABILE  
(ovvero del TITOLARE DELLA STRUTTURA RICETTIVA)

Il riquadro sottostante non va compilato in quanto è a cura del Comune

VISTO DI REGOLARITA'

**CASTEL PAZZANO**

Il.....

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Timbro  
dell'ente

