

**COMUNE DI VITTORIO VENETO****IMPOSTA DI SOGGIORNO
DICHIARAZIONE TRIMESTRALE**

MODELLO

MODULO

A

Pagina 1 di 2

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV _____

IN VIA / PIAZZA _____ N° _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' _____

CON SEDE LEGALE NEL COMUNE DI _____ PROV _____

IN VIA / PIAZZA _____ N° _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

GESTORE DELLA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA _____

SITA IN VIA / PIAZZA _____ N° _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL _____

RIENTRANTE NELLA SEGUENTE TIPOLOGIA

<input type="radio"/>	ESERCIZI EXTRA ALBERGHIERI; AGRITURISMI
<input type="radio"/>	ALBERGHI (1 STELLA)
<input type="radio"/>	ALBERGHI (2 STELLE)
<input type="radio"/>	ALBERGHI (3 STELLE); RESIDENZE TURISTICO ALBERGHIERE
<input type="radio"/>	ALBERGHI (4 STELLE)
<input type="radio"/>	ALBERGHI (5 STELLE)

**COMUNE DI VITTORIO VENETO****IMPOSTA DI SOGGIORNO
DICHIARAZIONE TRIMESTRALE**

MODELLO

MODULO

A

Pagina 2 di 2

DICHIARA

CHE NEL

<input type="radio"/>	1° TRIMESTRE GENNAIO/FEBBRAIO/MARZO	<input type="radio"/>	2° TRIMESTRE APRILE/MAGGIO/GIUGNO	<input type="radio"/>	3° TRIMESTRE LUGLIO/AGOSTO/SETTEMBRE	<input type="radio"/>	4° TRIMESTRE OTTOBRE/NOVEMBRE/DICEMBRE
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	--	-----------------------	--

HANNO PERNOTTATO PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA INNANZI INDICATA

N° SOGGETTI AD IMPOSTA	N° PERNOTTAMENTI	IMPOSTA A PERNOTTAMENTO	TOTALE IMPOSTA EURO

SONO RISULTATI **ESENTI** DALL'IMPOSTA DI SOGGIORNO

	N° SOGGETTI	N° PERNOTTAMENTI
RESIDENTI NEL COMUNE DI VITTORIO VENETO (MODULO B)		
PORTATORI DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTI (MODULO B)		
SOGGETTI NON PAGANTI IL PERNOTTAMENTO (MODULO B)		
AUTISTI DI PULMAN E ACCOMPAGNATORI (MODULO B) (GRUPPI ALMENO DI 25 PERSONE)		
BAMBINI E RAGAZZI ETA' INFERIORI AI 14 ANNI		
APPARTENENTI ALLE FORZE DELL'ORDINE (MODULO B) (IN SERVIZIO)		
MALATI CHE EFFETTUANO TERAPIE IN STRUTT. SANITARIE (MODULO B) (CON CERTIFICAZIONE)		

SI SONO <u>RIFIUTATI</u> O HANNO <u>OMESSO</u> DI VERSARE L'IMPOSTA DI SOGGIORNO (MODULO C)	N° SOGGETTI	N° PERNOTTAMENTI

Nel caso in cui non sia registrato alcun pernottamento, il gestore è comunque tenuto ad effettuare la dichiarazione, ponendo a zero tutti i campi da compilare.

Va compilata una dichiarazione distinta per ogni struttura ricettiva, anche se gestite dalla medesima persona.

Devono essere allegati i moduli B e C giustificativi dei valori inseriti nei riquadri di cui sopra.

NOTE _____

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____