

IMPOSTA DI SOGGIORNO

ESERCIZIO ANNO	20
----------------	----

GESTORE	denominazione	
	titolare / legale rappresentante	
	indirizzo	
	partita IVA / codice fiscale	

STRUTTURA	denominazione	
	classificazione	
	indirizzo (se diverso dal gestore)	

N. ORDINE	PERIODO E OGGETTO DELLA RISCOSSIONE	ESTREMI RISCOSSIONE		VERSAMENTO IN TESORERIA		NOTE
		RICEVUTE EMESSE	IMPORTO	QUIETANZA NN. o CRO del Bonifico	IMPORTO	
1	1° trimestre gennaio febbraio marzo		€		€	
2	2° trimestre aprile maggio giugno		€		€	
3	3° trimestre luglio agosto settembre		€		€	
4	4° trimestre ottobre novembre dicembre		€		€	

data _____

Il titolare/legale rappresentante della struttura - agente contabile

(allegare copia di un documento di identità valido per data)

compilazione a cura del Comune	
Visto di conformità con i versamenti data Il Responsabile dell'Ufficio	Visto di regolarità data Il Responsabile del Servizio Finanziario
_____	_____