

**DICHIARAZIONE TRIMESTRALE VERSAMENTO
IMPOSTA DI SOGGIORNO**

COGNOME	NOME	
---------	------	--

NATO A	IL	
--------	----	--

RESIDENTE A	
-------------	--

CODICE FISCALE	
----------------	--

STRUTTURA RICETTIVA	
----------------------------	--

SEDE	
------	--

CODICE FISCALE/PARTITA IVA	
----------------------------	--

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	
--	--

		DICHIARA	
IN RIFERIMENTO ALL'	ANNO		

PRIMO TRIMESTRE	
SECONDO TRIMESTRE	
TERZO TRIMESTRE	
QUARTO TRIMESTRE	

I SEGUENTI DATI

NUMERO SOGGETTI CHE HANNO PERNOTTATO NELLA STRUTTURA RICETTIVA (ARRIVI)	
NUMERO PERNOTTAMENTI (PRESENZE)	
DI CUI NUMERO TOTALE PERNOTTAMENTI NON SOGGETTI ALL'IMPOSTA (SUPERIORI A 5)	
DI CUI NUMERO TOTALE PERNOTTAMENTI ESENTI	

ELENCO PERNOTTAMENTI ESENTI	
ISCRITTI ALL'ANAGRAFE DEI RESIDENTI NEI COMUNI DELLA "FEDERAZIONE DEI COMUNI DEL CAMPOSAMPIERESE"	
RAGAZZI DI ETÀ INFERIORE AGLI ANNI SEDICI	

PERSONE LA CUI NON AUTOSUFFICIENZA SIA ATTESTATA DA IDONEA CERTIFICAZIONE MEDICA ED IL LORO ACCOMPAGNATORE		ALLEGARE IDONEA CERTIFICAZIONE MEDICA
MALATI CHE DEBBANO EFFETTUARE TERAPIE PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE SITE NEL TERRITORIO ED IL LORO ACCOMPAGNATORE		ALLEGARE CERTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA ATTESTANTE LE GENERALITÀ DEL PAZIENTE O DEL DEGENTE ED EVIDENZIANTE IL PERIODO DI RIFERIMENTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE O DEL RICOVERO E ATTESTAZIONE DELL'ACCOMPAGNATORE, AI SENSI DEL DPR 445/2000
SINO A DUE ACCOMPAGNATORI PER PAZIENTE RICOVERATO PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE SITE NEL TERRITORIO		
UN AUTISTA DI PULLMAN ED UN ACCOMPAGNATORE TURISTICO OGNI VENTICINQUE PARTECIPANTI		
APPARTENENTI ALLE FORZE DI POLIZIA ED AL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO CHE PERNOTTINO PER ESIGENZE DI SERVIZIO		
RELIGIOSI SOGGIORNANTI PRESSO LE CASE DI OSPITALITÀ RELIGIOSE		

NUMERO PERNOTTAMENTI OGGETTO DI IMPOSTA*	ALIQUOTA APPLICATA	TOTALE IMPOSTA DOVUTA
	€ 1,00	€ -
	€ 1,50	€ -
		€ -

TOTALE IMPORTO INCASSATO	
TOTALE IMPORTO NON INCASSATO (ALLEGARE DICHIARAZIONI)	

LUOGO E DATA

FIRMA

ALLEGARE CARTA DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE

LA PRESENTE DICHIARAZIONE VA PRESENTATA ALLA FEDERAZIONE DEI COMUNI DEL CAMPOSAMPIERESE CON PERIODICITÀ TRIMESTRALE ENTRO IL QUINDICESIMO GIORNO DEL MESE SUCCESSIVO ALLA SCADENZA DEL TRIMESTRE. MODALITÀ DI TRASMISSIONE: TRASMETTERE IL FILE PDF SCANSIONATO CON LA FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE VIA MAIL ALL'INDIRIZZO PROTOCOLLO@FCC.VENETO.IT O ALL'INDIRIZZO PEC amministrazione.unionecamosampierese.pd@pecveneto.it

* TOTALE NUMERO PERNOTTAMENTI - TOTALE PERNOTTAMENTI ESENTI