

Al
Comune di Cattolica
Ufficio Tributi
Piazza Roosevelt, 5
47841 CATTOLICA (RN)

OGGETTO: IMPOSTA DI SOGGIORNO – VERSAMENTO TRIMESTRALE

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ c.f. _____
residente a _____ Prov. _____
in via _____ n. _____ e-mail _____
in qualità di _____
della Ditta _____ c.f./P.I. _____
Sede legale _____ Indirizzo _____
Struttura _____ Ubicazione _____
Classificazione _____

Dichiara: per il trimestre _____ dell'anno _____

Mese d'imposta	N. Ospiti	N. Notti effettive	N. Notti tassabili	Imposta	Importo

Totali					

Soggetti esenti	N. ospiti	N. notti
Minori fino a 14 anni		
Anziani oltre i 65 anni in gruppi organizzati		
Gruppi organizzati dalle AUSL		
Accompagnatore di degente		
Degenti ricoverati		
Invalidi al 100%		
Accompagnatore di invalidi		
Autisti di pullman		
Accompagnatore turistico		
Forze di polizia, vigili in servizio		
Partecipanti a manifestazioni sportive		
Dipendenti della struttura		

Dichiara di aver effettuato il pagamento di Euro _____ in data _____
a mezzo _____ n. _____

Cattolica, li _____ Firma _____