

Spazio riservato all'ufficio

Prot. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

AL **COMUNE DI CAVALLINO-TREPORTI**

AREA ECONOMICO- FINANZIARIA  
PIAZZA PAPA GIOVANNI PAOLO II, 1 30013  
LOCALITA' CA' SAVIO (VE)  
Tel 041.2909703 – Fax 041. 5301039  
[www.impostasoggiornoct.it](http://www.impostasoggiornoct.it)  
[impostasoggiorno@comunecavallinotreporti.it](mailto:impostasoggiorno@comunecavallinotreporti.it)

**DICHIARAZIONE VERSAMENTO IMPOSTA DI SOGGIORNO**

(Regolamento sull'imposta di soggiorno approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 49 del 28 novembre 2011)

Anno \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO**

cognome e nome		
codice fiscale		
luogo di nascita		data di nascita
residente		
recapiti tel.	Fax	e-mail
in qualità di rappresentante legale della ditta		
codice fiscale	partita IVA	sede legale
con riferimento alla struttura ricettiva		ubicata in
tipologia e classificazione della struttura ricettiva		

**DICHIARA**

(ai sensi del D.P.R. n.445/2000)

DI AVER EFFETTUATO IL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO INERENTE AGLI INCASSI DEL MESE DI \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_, COME RIPORTATI NELLA DICHIARAZIONE RELATIVA, NEL SEGUENTE MODO:

Bonifico bancario	Cro n°	€	Data
Versamento diretto presso tesoreria o sue filiali	Quietanza n°	€	Data
Pagamento on line		€	Data

operando la seguente integrazione per pagamenti arretrati

€	per minor imposta pagata nel mese di	
€	per minor imposta pagata nel mese di	
€	per minor imposta pagata nel mese di	

<b>Data</b>	<b>Firma</b>
-------------	--------------

**ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante**