



**COMUNE
DI ANCONA**



**COMUNICAZIONE SOGGETTO INCARICATO ALLA RISCOSSIONE DELL'IMPOSTA DI
SOGGIORNO - AGENTE CONTABILE**

Ad Ancona Entrate Srl/Comune di Ancona

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____ e
residente in _____, CF _____ in qualità di Titolare/legale
rappresentante della struttura ricettiva denominata _____ codice
identificativo _____

COMUNICA

che il soggetto incaricato della riscossione e del riversamento presso la suddetta struttura è il/la Signor/a:

DATI ANAGRAFICI

NOME*	
COGNOME*	
DATA DI NASCITA*	
LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE*	
TELEFONO	
CELLULARE	
FAX	
INDIRIZZO E-MAIL*	
INDIRIZZO PEC*	

DATI RESIDENZA

INDIRIZZO	
COMUNE	
CAP	

Ancona, lì _____

Firma del dichiarante

¹ I campi contrassegnati con asterisco sono obbligatori.

CONTO DELLA GESTIONE DELL'AGENTE CONTABILE

ENTE TITOLARE DELL'ENTRATA: COMUNE DI ANCONA - A271
ESERCIZIO:

GESTORE:

denominazione:
legale rappresentante:
indirizzo:
P.IVA/C.F.:

STRUTTURA:

denominazione e classificazione:

N. ORDINE	PERIODO E OGGETTO DELLA RISCOSSIONE	ESTREMI RISCOSSIONE		VERSAMENTO IN TESORERIA		NOTE
		RICEVUTA NN.	IMPORTO	QUIETANZA NN.	IMPORTO	
	GENNAIO - IDS					
	FEBBRAIO - IDS					
	MARZO - IDS					
	APRILE - IDS					
	MAGGIO - IDS					
	GIUGNO - IDS					
	LUGLIO - IDS					
	AGOSTO - IDS					
	SETTEMBRE - IDS					
	OTTOBRE - IDS					
	NOVEMBRE - IDS					
	DICEMBRE - IDS					
TOTALE.....				TOTALE.....		

Luogo e data

Il presente conto contiene n. registrazioni in n. pagine

L'AGENTE CONTABILE

compilazione a cura del Comune

VISTO DI REGOLARITA' li..... IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO