

**CONTO DELLA GESTIONE DELL'AGENTE CONTABILE**

ENTE TITOLARE DELL'ENTRATA: COMUNE DI BUDONI - B248  
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.....	<u>                    </u>	TOTALE.....	<u>                    </u>	

Luogo e data

**L'AGENTE CONTABILE**

Il presente conto contiene n. .... registrazioni in n. .... pagine

<i>compilazione a cura del Comune</i>	
VISTO DI REGOLARITA'	li..... <b>IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO</b>

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

**Al Comune di Budoni**

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

Budoni, lì \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

<sup>1</sup> I campi contrassegnati con asterisco sono obbligatori.