

**Azienda Multi Servizi S.p.A.**

Società con socio unico **soggetta a direzione e coordinamento del Comune di S. Benedetto del Tronto**  
Via T. Mamiani, 29 - 63074 San Benedetto del Tronto (AP)  
Cod.fisc., p.iva e nr. iscrizione registro imprese AP **01219810445** - Rea nr. 120787  
Tel. 0735/659885 - Pec [ams-tributi@pec.sbt.it](mailto:ams-tributi@pec.sbt.it)

**CITTÀ DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO****COMUNICAZIONE SOGGETTO INCARICATO ALLA RISCOSSIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO  
AGENTE CONTABILE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ ( ) residente a \_\_\_\_\_ ( )  
in via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail/pec \_\_\_\_\_  
in qualità di  
 proprietario  
 legale rappresentante della società \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ partita iva \_\_\_\_\_  
della struttura ricettiva \_\_\_\_\_  
ubicata a San Benedetto del Tronto in via \_\_\_\_\_  
dati catastali (foglio, particella, subalterno) \_\_\_\_\_  
**Codice Identificativo Regionale / Nazionale** \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

che il soggetto designato alla riscossione dell'imposta, a effettuare mensilmente la comunicazione e il riversamento, alla sottoscrizione del mod. 21 è il seguente:

cognome	
nome	
codice fiscale	
luogo di nascita	
data di nascita	
città di residenza	
cap	
via di residenza	
telefono	
indirizzo e-mail	
indirizzo pec	

San Benedetto del Tronto, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante  
\_\_\_\_\_**N.B. Allegare documento di riconoscimento in corso di validità del delegante e delegato**