

**STRUTTURA RICETTIVA  
-DICHIARAZIONE INIZIO ATTIVITA'-**

*n. 3 copie in carta semplice*

**AFFITTACAMERE PROFESSIONALE  
AFFITTACAMERE NON PROFESSIONALE  
CASA E APPARTAMENTI VACANZE  
RESIDENZE D'EPOCA (\*)**

**Sportello Unico Attività Produttive  
Comune di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ NELLA FORMAZIONE DEGLI ATTI E  
L'USO DI ATTI FALSI COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE  
DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEQUENTI AL  
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Titolare**

**Legale rappresentante della Società**

**CF**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**P. IVA**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

con sede  legale  amministrativa nel Comune di \_\_\_\_\_

(Prov. \_\_\_\_ ) Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

***TIPO DI OPERAZIONE***

**AVVIO ATTIVITÀ**

**MODIFICA DEI LOCALI**

Breve descrizione dell'operazione: \_\_\_\_\_

**per una delle seguenti attività:**

## [ ] AFFITTACAMERE PROFESSIONALE

L.R. 42/2000: Art. 55 - Affittacamere

Sono esercizi di affittacamere le strutture composte da non più di sei camere per clienti, con una capacità ricettiva non superiore a dodici posti letto, ubicate in non più di due appartamenti ammobiliati in uno stesso stabile, nelle quali sono forniti alloggio e, eventualmente, servizi complementari.

## [ ] AFFITTACAMERE NON PROFESSIONALE

L.R. 42/2000: Art. 55 – Affittacamere / Art. 61 - Esercizio non professionale dell'attività di affittacamere

Sono esercizi di affittacamere non professionale le strutture composte da non più di sei camere per clienti, con una capacità ricettiva non superiore a dodici posti letto, *ubicati nella casa dove l'esercente ha la propria residenza e domicilio*, nei quali sono forniti alloggio e, eventualmente, servizi complementari

## [ ] CASA E APPARTAMENTI VACANZE

L.R. 42/2000: Art. 56 – Case e Appartamenti per vacanze Affittacamere

Sono case e appartamenti per vacanze gli immobili arredati gestiti in forma imprenditoriale per l'affitto ai turisti, senza offerta di servizi centralizzati, nel corso di una o più stagioni, con contratti aventi validità non superiore ai tre mesi consecutivi.

## [ ] RESIDENZA D'EPOCA (\*)

L.R. 42/2000: Art. 58 – Residenze d'epoca

Sono residenze d'epoca le strutture ricettive ubicate in complessi immobiliari di particolare pregio storico - architettonico assoggettati ai vincoli previsti dal decreto legislativo 29 ottobre 1999, n. 490 Testo unico delle disposizioni legislative in materia di beni culturali e ambientali, a norma dell'articolo 1 della legge 8 ottobre 1997, n. 352, che offrono alloggio in camere e unità abitative, con o senza servizio autonomo di cucina, con il limite di venticinque posti letto.

L'art. 60/3 LR 42/2000 dispone tuttavia che *“Nelle residenze d'epoca con un numero di posti letto superiore a dodici e in cui si intenda somministrare pasti agli ospiti, l'attività è soggetta ad autorizzazione con il procedimento di cui al DPR 447/1998”*. [ In tal caso occorre utilizzare l'apposito modello].

### ***DATI RELATIVI AGLI IMMOBILI ED AI TERRENI***

Struttura situata nel Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Piano: Terreno [ ] Primo [ ] Secondo [ ] Terzo [ ] Quarto [ ] \_\_\_\_\_ [ ]

### ***DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA RICETTIVA***

Camere n. _____ di cui:				
Singole con bagno _____ _____ _____	Doppie con bagno _____ _____ _____	Triple con bagno _____ _____ _____	Quadruple con bagno _____ _____ _____	Altre camere con posti letto n. _____ con bagni n. _____
Singole senza bagno _____ _____	Doppie senza bagno _____ _____	Triple senza bagno _____ _____	Quadruple senza bagno _____ _____	Altre camere con posti letto n. _____ senza bagno n. _____
UNITÀ ABITATIVE n. _____ posti letto n. _____ con servizio di cucina e bagno completo				
UNITÀ ABITATIVE n. _____ posti letto n. _____ con servizio di cucina e bagno completo				
Note: _____ _____				
<b>Totale posti letto n. _____</b>		<b>Totale bagni Privati n. _____</b>		<b>Totale bagni Comuni n. _____</b>

## DICHIARA

- Che la **DENOMINAZIONE** della struttura ricettiva è \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

- che la struttura ricettiva è in possesso dei requisiti strutturali ed igienico-edilizi previsti per le case di civile abitazione, nonché i **requisiti minimi** previsti dal Regolamento Regionale n. 18/R del 23 aprile 2001 (regolamento di attuazione della Legge Regionale n. 42/2000), come attestato nell'allegata relazione tecnica;

- che gli impianti tecnici presenti nei locali risultano conformi alle prescrizioni di cui alla Legge n. 46/1990, come emerge dai certificati di conformità alla regola d'arte rilasciati da un tecnico abilitato;

- che verranno offerti i servizi obbligatori: pulizia dei locali e cambio della biancheria ad ogni cambio di cliente ed almeno una volta alla settimana, fornitura di energia elettrica, acqua calda e fredda e riscaldamento;

- che il **periodo di apertura dell'esercizio** sarà il seguente:

Annuale

*oppure*

Dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ e dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

- che i locali sono in possesso di tutti i requisiti urbanistici, igienico-sanitari, di pubblica sicurezza e rispettano quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative anche per quanto attiene alla vigilanza antincendi;

di avere la residenza e il domicilio nell'unità immobiliare sede dell'attività di affittacamere non professionale.

che l'immobile in cui verrà esercitata l'attività di **residenza d'epoca** è ubicato in un complesso immobiliare di particolare pregio storico-architettonico assoggettato ai vincoli previsti dal decreto legislativo 29 ottobre 1999, n. 490 Testo unico delle disposizioni legislative in materia di beni culturali e ambientali, a norma dell'articolo 1 della legge 8 ottobre 1997, n. 352.

### -GESTIONE -

che l'attività viene gestita direttamente dal sottoscritto;

*oppure (in caso di persona giuridica)*

di designare gestore il/la Sig./Sig.ra:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

che sottoscrive la presente sezione per accettazione della designazione, **CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ NELLA FORMAZIONE DEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEQUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.**

**Il Gestore**

\_\_\_\_\_  
*Firma da apporre davanti all'impiegato  
oppure allegare fotocopia del documento di  
riconoscimento in corso di validità'*

**- SOMMINISTRAZIONE -**

- che congiuntamente all'attività ricettiva viene svolta attività di

**preparazione e somministrazione di alimenti e bevande:**

riservata alle persone alloggiate e agli ospiti;

al pubblico in base alla autorizzazione di pubblico esercizio del \_\_\_\_\_  
numero \_\_\_\_\_ tipologia \_\_\_\_\_;

**(Residenze d'epoca)** per la quale è stata rilasciata autorizzazione sanitaria n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

che tale attività, **CON PIENA CONSAPEVOLEZZA DEGLI OBBLIGHI DERIVANTI DALLA NORMATIVA SULL'AUTOCONTROLLO, BASATO SUL SISTEMA HACCP (D.LGS. 155/97)**, viene svolta:

**direttamente dal sottoscritto**

*oppure*

**da:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Titolare della omonima impresa individuale

Legale rappresentante della Società

CF 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P. IVA 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

con sede [ ] legale [ ] amministrativa nel Comune di \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_ ) Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
Iscritta al Rec (Registro Esercenti il Commercio) della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_

che sottoscrive la presente sezione, **CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ NELLA FORMAZIONE DEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.**

**Firma**

\_\_\_\_\_  
*Da apporre davanti all'impiegato oppure  
allegare fotocopia del documento di  
riconoscimento in corso di validità*

- **che nella struttura ricettiva vengono offerti i seguenti ulteriori servizi:**  
*(es. servizi centralizzati, servizi complementari, servizio autonomo di cucina...)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
- **che congiuntamente all'attività ricettiva vengono inoltre svolte le seguenti attività:**

- PREVENZIONE INCENDI -**
- di rispettare quanto disposto, in materia di Prevenzione Incendi, dal D.M. 9.4.1994 ed in particolare:
- che le strutture orizzontali e verticali hanno resistenza al fuoco non inferiore a REI 30.
  - di assicurare, per ogni eventuale caso di emergenza, il sicuro esodo degli occupanti;
  - di osservare quanto disposto ai punti 11.2, 13, 14, 17, del D.M. 9.4.1994;

**- REQUISITI MORALI E ANTIMAFIA -**

- che il sottoscritto è in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza;
- che ai **fini antimafia** non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge n. 575/1965 (requisiti antimafia);

[ ] che gli altri legali rappresentanti della società e/o soci tenuti a presentare la allegata dichiarazione antimafia non hanno riportato condanne penali né hanno procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività.

\*\*\*

- di essere consapevole che l'attività può essere iniziata immediatamente dalla data di protocollazione della dichiarazione completa in ogni elemento e che comunque l'attività non sarà iniziata prima del

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
giorno / mese / anno

#### ALLEGA ALLA PRESENTE

- [ ] **Planimetria** (con la specifica delle stanze adibite all'esercizio dell'attività ed il numero dei posti letto).
- [ ] **Relazione tecnica** (con attestazione del possesso dei requisiti strutturali ed igienico-edilizi previsti per le case di civile abitazione, nonché dei **requisiti minimi** previsti dal Regolamento Regionale n. 18/R del 23 aprile 2001 -regolamento di attuazione della Legge Regionale n. 42/2000 – e specifica descrizione dei locali e delle attrezzature).

[ ] \_\_\_\_\_

[ ] \_\_\_\_\_

[ ] \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

**L'interessato**

\_\_\_\_\_  
*Firma da apporre davanti all'impiegato  
oppure allegare fotocopia del documento di  
riconoscimento in corso di validità*

