



AI SUAP DEL COMUNE DI GRAVINA IN PUGLIA

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' DI AFFITTACAMERE

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono		Fax	E-mail PEC (domicilio digitale)		
in qualità di (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è la persona fisica) in tal caso verificare se occorre compilare l'allegato A					
Ruolo					
Denominazione/Ragione sociale				Tipologia	
Sede legale					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Codice Fiscale			Partita IVA		
Telefono			Fax		
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio			Provincia	Numero iscrizione	
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)				Numero iscrizione	
Posizione INAIL			Codice INAIL impresa		

SEGNALA

(ai sensi della L. 241/90 e s.m.i, L.R. 11/99, art. 83 D.Lgs n. 59/2010 e art.49 L. 122/2010)

L'AVVIO, a far data dal _____,
dell'attività di **AFFITTACAMERE** presso la struttura sita in Gravina in Puglia
alla Via/piazza _____ n. _____
con una superficie di mq _____. L'unità immobiliare è individuata al N.C.E.U nel foglio di
mappa n. _____ p.lla n. _____ sub. _____, per la quale è stato
rilasciato certificato di agibilità/abitabilità in data |__| |__| |__|__|__| e della quale il
sottoscritto ne ha la disponibilità a titolo di

L'AVVIO PER SUBINGRESSO, a far data dal _____, alla ditta:
_____, giusta atto notarile di
_____ Rep. _____ del _____,
dell'attività di **AFFITTACAMERE** in Gravina in Puglia alla
Via/piazza _____ n. _____,
avviata a seguito: (indicare estremi autorizzazione/SCIA) _____

presso la struttura avente una superficie di mq _____. L'unità immobiliare è individuata al
N.C.E.U nel foglio di mappa n. _____ p.lla n. _____ sub. _____, per
la quale è stato rilasciato certificato/dichiarazione di agibilità/abitabilità in data |__|_| |__|_|
|__|_|_|_| e della quale il sottoscritto ne ha la disponibilità a titolo di
.....;

IL TRASFERIMENTO DI SEDE a far data dal _____,
dell'attività di **AFFITTACAMERE**, oggi situata in Gravina in Puglia alla
Via/piazza _____ n. _____,
Presso la nuova struttura sita in Gravina in Puglia
Via/piazza _____ n. _____

con una superficie di mq _____. L'unità immobiliare è individuata al N.C.E.U nel foglio di
mappa n. _____ p.lla n. _____ sub. _____, per la quale è stato
rilasciato certificato/dichiarazione di agibilità/abitabilità in data |__|_| |__|_| |__|_|_|_| e della
quale il sottoscritto ne ha la disponibilità a titolo di

LA MODIFICA DEI LOCALI

In particolare saranno realizzate le seguenti modifiche, **a far data dal _____**,:
(descrivere le modifiche) _____

LA CHIUSURA a far data dal _____

A TAL FINE, IL SOTTOSCRITTO, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 e della decadenza dei benefici prodotti sulla base delle dichiarazioni non veritiere previsto dall'art. 75. dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

- che la struttura ricettiva è in possesso di tutti i requisiti in materia di sicurezza, igiene e sanità pubblica, urbanistica ed edilizia, e rispetta quanto previsto dalle normative vigenti in materia di attività di AFFITTACAMERE;
- che la struttura è denominata “ _____ ”;
- che l'attività sarà svolta per il periodo:

ANNUALE

STAGIONALE dal _____ al _____ ,

con la seguente capacità ricettiva così distribuita:

nr. |__| camere singole con annessi servizi igienici

nr. |__| camere singole con servizi igienici in comune

nr. |__| camere doppie con annessi servizi igienici

nr. |__| camere doppie con servizi igienici in comune

nr. |__| camere _____ con annessi servizi igienici

nr. |__| camere _____ con servizi igienici in comune

|__| Che per ogni camera da letto, l'arredamento minimo è costituito da: letto, sedia o sgabello per persona, armadio e cestino da rifiuti, (*altro*) _____;

|__| Che gli ingressi alle camere da letto destinate agli ospiti hanno accesso diretto senza attraversare i locali o i servizi destinati alla famiglia del sottoscritto o di altri ospiti;

|__| Che l'attività sarà svolta durante il/i seguente/i periodo/i: dal |__| |__| |__| |__| |__| al |__| |__| |__| |__| |__|

dal |__| |__| |__| |__| |__| al |__| |__| |__| |__| |__|

|__| Che saranno assicurati, avvalendosi della normale organizzazione familiare, i seguenti servizi minimi di ospitalità compresi nel prezzo della camera:

- a. pulizia dei locali a ogni cambio di cliente e, comunque, almeno una volta alla settimana;
- b. cambio della biancheria a ogni cambio di cliente e almeno una volta alla settimana;
- c. fornitura di energia elettrica, acqua calda e fredda e riscaldamento.

|__| Che verranno offerti i seguenti servizi accessori: _____

-
- che l'attività viene esercitata nell'osservanza delle norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii.;
 - che il sottoscritto è in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del TULPS;
 - 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
 - che non sono state riportate condanne penali né ci sono procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
 - che saranno osservate tutte le disposizioni contenute nella Legge Regionale n. 11/99;
 - che è stato effettuato il versamento per la tassa di concessione regionale si allega copia della relativa ricevuta;
 - che è presentata unitamente alla presente SCIA la NOTIFICA alla ASL (art. 6, Reg. CE n. 852/2004) per effettuare la somministrazione di alimenti e bevande agli ospiti della struttura (solo in caso in cui sia effettuato tale servizio);

Il sottoscritto si impegna:

- nel caso di chiusura dell'esercizio ricettivo per un periodo superiore agli otto giorni di darne comunicazione al Sindaco;
- in caso di chiusura temporanea o definitiva dell'esercizio, di dare preventivo avviso al Comune, all'Assessorato Regionale al Turismo, alla Provincia di Bari e all'A.P.T. di Bari.

Il sottoscritto autorizza per gli effetti del Dlgs. 30 giugno 2003, n° 196 codesta P.A. al trattamento dei propri dati personali.

Si allega:

- 1) planimetria e relazione descrittiva della struttura indicante il numero complessivo dei vani destinati all'ospitalità con l'esatta ubicazione;
- 2) copia documento di identità in corso di validità;
- 3) copia permesso di soggiorno (per cittadini extracomunitari)
- 4) NOTIFICA alla ASL - art. 6, Reg. CE n. 852/2004 (solo se si deve effettuare la somministrazione di alimenti agli ospiti della struttura.
- 5) Copia versamenti diritti agli Enti più oneri istruttoria SUAP

Luogo e data, _____

Firma

N.B. L'attività oggetto della segnalazione può essere iniziata dalla data di presentazione della stessa al SUAP di Gravina in Puglia

DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R. 252/1998

Cognome Nome C.F.

Data di Nascita/...../..... Comune di nascita Sesso M F

Comune di residenza Vian....

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31.05.1965, n. 575.

Il sottoscrittore è consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 e art. 495 c.p.

.....,
Firma
.....

Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Cognome Nome C.F.

Data di Nascita/...../..... Comune di nascita Sesso M F

Comune di residenza Vian....

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31.05.1965, n. 575.

Il sottoscrittore è consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 e art. 495 c.p.

.....,
Firma
.....

Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.