

spazio per la protocollazione

Allo Sportello Unico delle Attività Produttive  
del COMUNE di MARSCIANO

**STRUTTURE RICETTIVE EXTRALBERGHIERE  
BED & BREAKFAST Gestito in Forma Imprenditoriale**  
L.R. 8 del 10/07/2017

**Segnalazione certificata di inizio attività**  
**da inviare esclusivamente tramite pec al seguente indirizzo:**  
[comune.marsciano@postacert.umbria.it](mailto:comune.marsciano@postacert.umbria.it)

### QUADRO INIZIALE *(compilare in ogni caso)*

#### Il/La sottoscritto/a

cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.			numero civico
(per i soli cittadini non comunitari)	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°		data di rilascio
	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al
			rinnovato il (o estremi raccomandata)

#### in qualità di titolare dell'impresa individuale: \_\_\_\_\_

partita IVA		sede nel comune di	
provincia o stato estero	C.A.P.	via, viale, piazza, ecc.	numero civico
Iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

#### in qualità di

- legale rappresentante  
 procuratore  
 altro: \_\_\_\_\_

**del titolare diverso da persona fisica** (società, ente, associazione ecc.)

dell'impresa: (indicare denominazione / ragione sociale)

codice fiscale		partita IVA	
sede nel comune di		provincia o stato estero	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.			numero civico
Iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

RECAPITI per segnalazioni: Sig. \_\_\_\_\_



Telefono



Cellulare

@ E-mail

Ai sensi e per gli effetti della legge regionale n. 8 del 10/07/2017;

<u>Inoltra segnalazione certificata di inizio attività (S.c.i.a.) per:</u>	
<input type="checkbox"/>	<b>APERTURA DI NUOVO ESERCIZIO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>APERTURA PER SUBINGRESSO alla Ditta..... già autorizzata con provvedimento....., per</b> <input type="checkbox"/> Affitto di ramo d'azienda <input type="checkbox"/> Acquisto di ramo d'azienda
<input type="checkbox"/>	<b>Variazione della capacità ricettiva</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Altre variazioni dell'attività</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Modifiche societarie</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Stipula assicurazione</b>

### Segnala/chiede:

<input type="checkbox"/>	<u>Richiesta di sospensione dell'attività (max 12 mesi)</u>
<input type="checkbox"/>	<u>Altro:</u>

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445

## DICHIARA

A - CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA						
<b>DENOMINAZIONE:</b>						
<b>Ubicazione</b> via, viale, piazza, ecc.						
						numero/i civico/i
<b>dati catastali</b>	categoria	classe	sezione	foglio	particella	subalterno
<b>titolo di detenzione</b>	<i>(barrare una o più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> Proprietà	<input type="checkbox"/> Locazione	<input type="checkbox"/> Comodato	<input type="checkbox"/> Usufrutto	<input type="checkbox"/> Altro titolo (specificare nella riga sottostante)
ATTIVITA' DI BED & BREAKFAST (Strutture con non più di 5 camere – massimo 10 posti letto)						
<b>Denominazione</b>						
<b>Periodo di attività</b>	<input type="checkbox"/> Annuale					
<b>Edifici, o parte degli edifici utilizzati per l'esercizio dell'attività turistico - ricettiva</b>	Censiti al foglio	Particella	Sub	in n. unità abitative		
	1)					
	2)					
	3)					
	4)					
<b>Certificati di agibilità</b>	1) In data _____ prot. n. _____					
	2) In data _____ prot. n. _____					
	3) In data _____ prot. n. _____					
	4) In data _____ prot. n. _____					

SERVIZI OFFERTI					
<input type="checkbox"/> Alloggio ed ospitalità in n. _____ camere per n. _____ posti letto, così suddivise:	CAMERE			POSTI LETTO	
		N°	N° per diversamente abili	N°	N° per diversamente abili
	CAMERE SINGOLE CON BAGNO				
	CAMERE SINGOLE SENZA BAGNO				
	CAMERE DOPPIE CON BAGNO				
	CAMERE DOPPIE SENZA BAGNO				
	CAMERE TRIPLE CON BAGNO				
	CAMERE TRIPLE SENZA BAGNO				
<b>TOTALE</b>					
<b>TOTALE UNITA' ABITATIVE</b> _____ <b>TOTALE POSTI LETTO</b> _____ <b>BAGNI PRIVATI</b> _____ <b>BAGNI COMUNI</b> _____					

- **Variazione della capacità ricettiva**

**La suddivisione dei posti letto è variata, assumendo la configurazione descritta nella sezione A**

**Precedente suddivisione dei posti letto:**

<input type="checkbox"/> Alloggio ed ospitalità in n. _____ camere per n. _____ posti letto, così suddivise:	n. _____ camere da 1 posti letto n. _____ camere da 2 posti letto n. _____ camere da 3 posti letto
	<b>TOTALE Unità Abitative</b> _____, di cui per diversamente abili _____ <b>Posti letto</b> _____, di cui per diversamente abili _____ <b>Bagni Privati n°</b> _____ <b>Bagni comuni n°</b> _____

- **Altre variazioni**

**L'attività di BED & BREAKFAST ha assunto le caratteristiche indicate nella sezione A**

Descrizione degli elementi variati:

Denominazione: \_\_\_\_\_  Edifici utilizzati: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

**Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio al quale sono state apportate variazioni:**

Autorizzazione <input type="checkbox"/>	S.C.I.A./DIA <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	Data <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/> - <b>Subingresso</b>			
L'attività di <b>BED &amp; BREAKFAST</b> indicata nella sezione A è stata rilevata dal dichiarante indicato nel quadro iniziale			
<b>Precedente titolare:</b>			
Cognome e Nome		o	Denominazione impresa
codice fiscale o partita IVA			
	<input type="checkbox"/>	<b>Affitto di attività</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Reintestazione al termine di affitto di attività</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Successione per causa di morte</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>Altro titolo</b> (donazione, fusione, scissione, conferimento in società, fallimento, altre cause) <b>specificare:</b>	
<b>Estremi dell'atto di trasferimento:</b>			
Notaio	Sede	Repertorio	Data
<b>Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio al quale si subentra:</b>			
Autorizzazione	S.C.I.A.	N.	Data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/> - <b>Segnalazione stipula assicurazione</b>	
Il sottoscritto dichiara:	
di avere: stipulato polizza assicurativa n. _____ in data _____ presso _____ <b>di responsabilità civile nei confronti del cliente, di cui si impegna a segnalare annualmente il rinnovo al SUAPE del Comune di Marsciano</b>	
ESTREMI POLIZZA	
SCADENZA POLIZZA	

<input type="checkbox"/> - <b>Sospensione dell'attività indicata nella sezione A</b>	
I1 - Segnalazione di sospensione (max 12 mesi)	Dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> - <b>Altro</b>	ALLEGARE altre segnalazioni /istanze non riconducibili alle ipotesi contemplate dal presente modello

<b>REQUISITI SOGGETTIVI</b> (da compilare sempre)	
<b>Il/La sottoscritto/a</b> , ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. 489 Codice Penale:	
<b>DICHIARA</b>	
1	<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti soggettivi di cui all'articolo 11 e 92 del R.D. 773 del 18 giugno 1933 (TULPS)
2	<input checked="" type="checkbox"/> di non essere sottoposto a misure di prevenzione di cui alla l. 1423 del 27 dicembre 1956 e di non essere stato dichiarato delinquente abituale
3	<input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui al D. Lgs. Del 6 Settembre 2011 n. 159 e successive modifiche (antimafia)

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA INOLTRE

- che la struttura utilizzata per l'esercizio dell'attività è a norma con le vigenti disposizioni in materia di sicurezza, igiene e sanità, urbanistica ed edilizia, anche per quanto riguarda la prevenzione incendi
- la struttura ricettiva è in possesso di tutti i requisiti previsti dalla legge regionale n. 8/2017 per essere **classificata BED & BREAKFAST**.

di presentare contestualmente **comunicazione ai fini igienico sanitari** ai sensi dell'art. 6 Reg.to CE n. 852/2004  
*Oppure:*

di aver presentato **comunicazione ai fini igienico sanitari** sanitaria ai sensi dell'art. 6 Reg.to CE n. 852/2004  
(*indicare estremi presentazione*) \_\_\_\_\_

di essere a conoscenza che negli alloggi debbono essere assicurati i servizi previsti per legge e che è **necessario ottemperare ai seguenti obblighi:**

- comunicare i flussi turistici e adempiere alla denuncia degli ospiti in base alle indicazioni **dell'Autorità di pubblica sicurezza** (LR 8/2017 art. 36 c. 4);
- provvedere a registrare giornalmente su apposita procedura telematica predisposta dalla Regione, al solo fine della rilevazione statistica del movimento turistico, gli **arrivi e le presenze** degli ospiti, il numero delle camere occupate (in relazione alle strutture ricettive turistiche). La comunicazione telematica dei dati, obbligatoria anche in assenza di movimento, deve essere effettuata con cadenza mensile entro i primi cinque giorni del mese successivo a quello di riferimento. (LR 8/2017 art. 36 c. 5).

di essere a conoscenza dei seguenti ulteriori obblighi:

- svolgere l'attività nel rispetto delle norme vigenti in materia urbanistica, igiene pubblica, igiene edilizia e tutela ambientale, tutela della salute nei luoghi di lavoro e sicurezza alimentare;
- evidenziare all'esterno della struttura, la propria tipologia e denominazione;
- esporre in modo visibile all'interno della struttura, la SCIA e il dettaglio struttura (modello con indicazioni relative a: classificazione, dettaglio delle camere e/o delle unità abitative e servizi offerti);
- comunicare al SUAPE del Comune, qualsiasi modifica o variazione dei dati dichiarati nella SCIA e/o nel dettaglio struttura entro 15 giorni dall'avvenuta variazione, mediante nuova segnalazione di inizio attività (S.c.i.a.), confermando sotto la propria responsabilità la sussistenza dei requisiti richiesti e degli adempimenti di legge;
- assicurare, in apposito locale, un servizio di prima colazione;
- garantire costantemente il rispetto di tutti i requisiti per la classificazione con la tipologia BED & BREAKFAST;
- comunicare la chiusura temporanea o cessazione dell'attività.

### Informativa sul trattamento dei dati personali (privacy)

Il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), dichiara di essere stato informato che:

- i dati personali obbligatori acquisiti nell'ambito del presente procedimento saranno utilizzati esclusivamente per finalità istituzionali; le operazioni di trattamento saranno effettuate con mezzi informatici e comprenderanno trattamento interno ed esterno; i dati potranno essere comunicati alle autorità competenti, per esclusive ragioni istituzionali; ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di ottenere l'aggiornamento e di esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003;
- il titolare del trattamento dati è il Comune di Marsciano, Responsabile del trattamento dati è il Responsabile dell'Area Sviluppo Economico Trasporti Tempo Libero, Rag. Giuseppe Bianchi.

## SOTTOSCRIZIONE

*Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.*

Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante



<b>ALLEGATI</b>	
<input type="checkbox"/>	Copia di un <b>documento di identità</b> in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono
<input type="checkbox"/>	Attestazione pagamento <b>Diritti Suap</b> , ( <i>obbligatorio eccetto che per cessazione</i> )
<input type="checkbox"/>	<b>Permesso/carta di soggiorno</b> per cittadini non comunitari o ricevuta di richiesta di rinnovo qualora scada entro 30 giorni
<input type="checkbox"/>	<b>Allegato A - Dichiarazioni dei soci ed amministratori</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Planimetria</b> dei locali a firma di tecnico abilitato
<input type="checkbox"/>	<b>Relazione tecnica descrittiva</b> a cura di tecnico abilitato con la specificazione del numero, superfici ed altezza delle camere, nonché, la descrizione degli altri locali (bagni – cucina – soggiorno – area somministrazione), del tipo di approvvigionamento idrico. La relazione comprende anche l'indicazione degli interventi adottati per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche in relazione al numero di posti letto
<input type="checkbox"/>	Copia del Contratto di <b>assicurazione</b> per rischi di responsabilità civile nei confronti del cliente
<input type="checkbox"/>	Copia dell'atto di trasferimento/cessione o certificazione notarile, nel caso di subingresso
<input type="checkbox"/>	Comunicazione del numero di protocollo di presentazione della Denuncia ai fini del pagamento della <b>Tassa Rifiuti</b>
<input type="checkbox"/>	Altre eventuali segnalazioni/istanze non riconducibili al modello ( <i>qualora si è compilato il quadro ALTRO</i> )

- 
- **Il pagamento dei diritti SUAP deve essere effettuato nella misura e con le modalità indicate sul sito dell'Amministrazione**

In particolare, nella causale di versamento occorrerà indicare:

**INIZIO/VARIAZIONE ATTIVITÀ DI BED & BREAKFAST esercitata in forma imprenditoriale**

---

