

spazio per la protocollazione

Allo Sportello Unico delle Attività Produttive
del COMUNE di MARSCIANO

STRUTTURE RICETTIVE EXTRALBERGHIERE
COUNTRY HOUSE
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

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 in qualità di imprenditore agricolo di cui all'art. 2135 del codice civile ¹	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.)

denominazione / ragione sociale dell'impresa			
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 in qualità di imprenditore agricolo di cui all'art. 2135 del codice civile	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;

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

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 DELL' AZIENDA						
DENOMINAZIONE:						
Ubicazione via, viale, piazza, ecc. numero/i civico/i						
dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	particella	subalterno
titolo di detenzione	<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 COUNTRY HOUSE (minimo quattordici posti letto)						
Denominazione						
Periodo di attività	<input type="checkbox"/> Annuale					
Edifici, o parte degli edifici utilizzati per l'esercizio dell'attività turistico - ricettiva	Censiti al foglio	Particella	Sub	in n. unità abitative		
	1)					
	2)					
	3)					
	4)					
Certificati di agibilità	1) In data _____ prot. n. _____					
	2) In data _____ prot. n. _____					
	3) In data _____ prot. n. _____					
	4) In data _____ prot. n. _____					

SERVIZI OFFERTI

	CAMERE/APPARTAMENTI			POSTI LETTO	
		N°	N° per diversamente abili	N°	N° per diversamente abili
<input type="checkbox"/> Alloggio ed ospitalità in n. _____ appartamenti e in n. _____ camere per n. _____ posti letto, così suddivise:	CAMERE SINGOLE CON BAGNO				
	CAMERE SINGOLE SENZA BAGNO				
	CAMERE DOPPIE CON BAGNO				
	CAMERE DOPPIE SENZA BAGNO				
	CAMERE TRIPLE CON BAGNO				
	CAMERE TRIPLE SENZA BAGNO				
					N° Divani Letto
	MONOLOCALE <small>(con bagno completo e cucina autonoma o angolo cottura)</small>				
	BILOCALE <small>(con bagno completo e cucina autonoma o angolo cottura)</small>				
	TRILOCALE <small>(con bagno completo e cucina autonoma o angolo cottura)</small>				
	APPARTAMENTI <small>(con bagno completo e cucina autonoma o angolo cottura)</small>				
	TOTALE				
	TOTALE UNITA' ABITATIVE _____ TOTALE POSTI LETTO _____ BAGNI PRIVATI _____ BAGNI COMUNI _____				
<input type="checkbox"/> Preparazione e somministrazione di pasti e bevande nei seguenti edifici	censito al foglio _____ Part. _____ Sub _____ per posti a sedere _____ censito al foglio _____ Part. _____ Sub _____ per posti a sedere _____ censito al foglio _____ Part. _____ Sub _____ per posti a sedere _____				
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)					

<input type="checkbox"/> - 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 e in n. ____ appartamenti per n. ____ posti letto, così suddivise:	n. ____ camere da 1 posti letto n. ____ camere da 2 posti letto n. ____ camere da 3 posti letto n. ____ camere da ____ posti letto n. ____ appartamenti da n. ____ camere da n. ____ posti letto n. ____ appartamenti da n. ____ camere da n. ____ posti letto TOTALE Unità Abitative _____, di cui per diversamente abili _____ Posti letto _____, di cui per diversamente abili _____ Bagni Privati n° _____ Bagni comuni n° _____
<input type="checkbox"/> S.C.I.A per Altre variazioni	
L'attività di COUNTRY HOUSE ha assunto le caratteristiche indicate nella sezione A	
Descrizione degli elementi variati:	
<input type="checkbox"/> Denominazione: _____ <input type="checkbox"/> Periodi di attività: _____ <input type="checkbox"/> Edifici utilizzati: _____ <input type="checkbox"/> Somministrazione posti-pasto _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____	

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

- S.C.I.A. di segnalazione di modifiche societarie

<input type="checkbox"/> modifica del legale rappresentante	La rappresentanza legale, già facente capo al sig. _____ a far data dal ___/___/___ è stata assunta dall'attuale rappresentante legale, come sopra generalizzato nel quadro iniziale come da DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
<input type="checkbox"/> modifica di sede legale	La sede legale che precedentemente era: _____ è stata modificata in seguito a deliberazione _____ in data _____ secondo quanto indicato nel quadro iniziale, come da DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
<input type="checkbox"/> modifica di denominazione o ragione sociale	La precedente denominazione/ragione sociale: _____ in seguito a deliberazione _____ in data _____ è stata modificata in quella indicata nel quadro iniziale, come da DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- Segnalazione stipula assicurazione

Il sottoscritto dichiara:

di avere: stipulato, polizza assicurativa n. _____ in data _____ presso _____ di responsabilità civile nei confronti del cliente, di cui si impegna a segnalare con s.c.i.a. annualmente il rinnovo polizza assicurativa

ESTREMI POLIZZA	
SCADENZA POLIZZA	

- Sospensione dell'attività indicata nella sezione A

I1 - Segnalazione di sospensione per massimo 12 mesi Dal _____ al _____

- Altro

ALLEGARE altre segnalazioni /istanze non riconducibili alle ipotesi contemplate dal presente modello

REQUISITI SOGGETTIVI (da compilare sempre)

II/La sottoscritto/a, 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:

DICHIARA

- 1 di essere in possesso dei requisiti soggettivi di cui all'articolo 11 e 92 del R.D. 773 del 18 giugno 1933 (TULPS)
- 2 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 che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui al [D.Lgs 6 settembre 2011 n.159](#) e successive modifiche (antimafia)
- 4 che i requisiti professionali per la somministrazione di alimenti e bevande per gli alloggiati sono posseduti da _____ come da documentazione allegata

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 Country house**
- 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:**
- a) 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);
- b) 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:
- a) 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;
- b) evidenziare all'esterno della struttura, la propria tipologia e denominazione;
- c) 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);
- d) 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;
- e) garantire costantemente il rispetto di tutti i requisiti per la classificazione con la tipologia COUNTRY HOUSE

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 il Comune di Marsciano, Responsabile del trattamento dati è il Responsabile dell'Area Sviluppo Economico, 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



ALLEGATI	
<input type="checkbox"/>	Copia di un documento d'identità in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono
<input type="checkbox"/>	Attestazione pagamento Diritti Suap , (<i>obbligatorio eccetto che per cessazione</i>)
<input type="checkbox"/>	Permesso/carta di soggiorno per cittadini non comunitari o ricevuta di richiesta di rinnovo qualora scada entro 30 giorni
<input type="checkbox"/>	Allegato A - Dichiarazioni dei soci ed amministratori
<input type="checkbox"/>	Planimetria dei locali a firma di tecnico abilitato
<input type="checkbox"/>	Relazione tecnica descrittiva a cura di tecnico abilitato con la specificazione del numero, superfici ed altezza delle camere, nonché, in caso di appartamenti, la descrizione degli altri locali (bagni – cucina – soggiorno – area somministrazione - divano letto nel soggiorno), 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 assicurazione 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"/>	Certificato prevenzione incendi o DIA /SCIA presentata ai VVF (solo nel caso di un numero di posti letto sia superiore a 25 come da D.P.R. 151/2011);
<input type="checkbox"/>	Comunicazione del numero di protocollo di presentazione della Denuncia ai fini del pagamento della Tassa Rifiuti .
<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 COUNTRY HOUSE
