

Spett.le SUAP UNIONE DI COMUNI MONTANI APPENNINO
 PISTOIESE (Comuni di Abetone Cutigliano – San Marcello
 Piteglio-Sambuca P.se)

TRAMITE PORTALE REGIONALE STAR

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

TRASMETTE SEGNALAZIONE RELATIVA A:

0	Codice STAR	Tipologia attività	Oggetto
	55.229R	Casa per Ferie	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA' <input type="checkbox"/> MODIFICHE (ai locali, alla ricettività, ...)

ai sensi della Legge Regionale Toscana 20 Dicembre 2016 n. 86 e del relativo Regolamento di attuazione D.P.G.R. 47/R/2018

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE				
	Cognome		Nome		
	Nato a		Prov.	il	
	Residente in		Prov.	CAP	
	Via/piazza			n.	
	Tel.	Cell.	C.F.		
	Indirizzo email/PEC				
A2	IN QUALITA' DI				
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale <input type="checkbox"/> Legale rappresentante della Società/Ente/Associazione/Ente Pubblico				
A3	DELLA				
	Forma giuridica *	Denomin.o Ragione sociale **			
	Sede legale nel Comune di			Provincia	
	Via/piaz.		N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro		
	Partita IVA		Codice Fiscale		
Note: * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1					
B	TELEFONO				
	PEC				

DICHIARAZIONI RELATIVE ALL'INIZIO ATTIVITA'

DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'					
C	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Denominazione della struttura				
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
	Detenuto a titolo di		*Indicare i dati del proprietario dell'immobile		
	<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		_____		

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE E DEGLI IMPIANTI			
D	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività come attestato dalla relazione tecnica allegata e graficamente rappresentato nella planimetria allegata		
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) _____		
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato/unità immobiliare):		
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto

DICHIARAZIONI RELATIVE a MODIFICHE (ai locali, alla ricettività, ...)

C	CHE ALLA STRUTTURA RICETTIVA DI CUI A SEGNALEZIONE DEL _____ PROT. N. _____ UBICATA IN:		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP

SONO STATE APPORTATE

MODIFICHE:

STRUTTURALI AI LOCALI CON
descrivere:

_____ **ALLA RICETTIVITA' DELLA**
STRUTTURA CON:

AMPLIAMENTO (come
riportato al punto E)

RIDUZIONE
(come riportato al punto
E)

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività come attestato dalla relazione tecnica allegata e graficamente rappresentato nella planimetria allegata			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) _____			
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

***(compilare sia in caso di inizio attività che di variazione ai locali/ricettività) ***

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'				
DETTAGLIO E RIEPILOGO DELLA RICETTIVITA'				
NUMERO TOTALE CAMERE				di cui:
single con bagno n.	doppie con bagno n.	triple con bagno n.	quaduple con bagno n.	Altre camere con posti letto ____ con bagno
single senza bagno n.	doppie senza bagno n.	triple senza bagno n.	quaduple senza bagno n.	Altre camere con posti letto ____ senza bagno
NUMERO TOTALE DELLE UNITA' ABITATIVE _____ di cui:				
Numero _____ UNITA' ABITATIVE con posti letto n. _____ Bagni n. _____				
Numero _____ UNITA' ABITATIVE con posti letto n. _____ Bagni n. _____				
Numero _____ UNITA' ABITATIVE con posti letto n. _____ Bagni n. _____				
Numero _____ UNITA' ABITATIVE con posti letto n. _____ Bagni n. _____				
Numero _____ UNITA' ABITATIVE con posti letto n. _____ Bagni n. _____				
LOCALI COMUNI DI SOGGIORNO <i>distinti dalla sala da pranzo (art. 42 Regolamento 47/r/2018)</i> n. _____				
Totale complessivo posti letto N.		Totale bagni privati n.		Totale bagni comuni n.
<input type="checkbox"/> CHE L'OSPITALITÀ È RIVOLTA ESCLUSIVAMENTE ALLE SEGUENTI CATEGORIE DI PERSONE <i>descrivere:</i> _____ _____				
<input type="checkbox"/> CHE L'ATTIVITÀ RICETTIVA È GESTITA FUORI DEI NORMALI CANALI COMMERCIALI SENZA SCOPO DI LUCRO PER IL CONSEGUIMENTO DI FINALITÀ SOCIALI, CULTURALI, ASSISTENZIALI, RELIGIOSE, SPORTIVE E RICREATIVE				
<input type="checkbox"/> di essere struttura ricettiva "Digital Detox" di cui all'art. 15 del Regolamento di Attuazione n. 47/R/2018				
che il <u>periodo di apertura dell'esercizio</u> (per il quale il sottoscritto si impegna a comunicare al Comune ogni variazione) sarà il seguente:				
<input type="checkbox"/> ANNUALE (apertura di almeno 9 mesi complessivi nell'arco dell'anno solare)		<input type="checkbox"/> STAGIONALE (apertura non inferiore a 3 mesi consecutivi e non superiore complessivamente a 9 mesi nell'arco dell'anno solare)		Specificare:
Dal giorno _____		al giorno _____		
Dal giorno _____		al giorno _____		
INSEGNA/TARGA				
art. 14 Regolamento 47/R/2018 – <u>attenzione:</u> presso la struttura ricettiva deve essere esposta in modo ben visibile all'esterno l'insegna o la targa con la denominazione nonché l'indicazione della tipologia e del livello di classificazione				
<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente la SCIA per l'installazione delle insegne <input type="checkbox"/> di essere abilitato all'installazione/mantenimento dell'insegna ai sensi della AUT/SCIA n. _____ del _____				
Con inizio dell'attività dalla data:				
<input type="checkbox"/> di presentazione della SCIA <input type="checkbox"/> dalla data del _____				

F	<input type="checkbox"/> SOMMINISTRAZIONE E PREPARAZIONE ALIMENTI E BEVANDE <i>rivolta esclusivamente agli alloggiati e ai loro ospiti</i>	
	che congiuntamente all'attività ricettiva viene svolta attività di:	
	<input type="checkbox"/> somministrazione di alimenti e bevande	
	<input type="checkbox"/> preparazione di alimenti e bevande	
	in particolare: <input type="checkbox"/> Colazioni <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Ristorazione	
Per la quale:		
<input type="checkbox"/> è in possesso dell'autorizzazione sanitaria n. _____ del _____ oppure di idoneo titolo abilitativo notifica sanitaria presentata in data _____ Prot _____;		
<input type="checkbox"/> viene presentata contestualmente notifica sanitaria;		
<input type="checkbox"/> attesta l'esistenza dei requisiti previsti dalla disciplina vigente in materia di igiene e sanità;		

GESTORE (compilare nel caso in cui l'attività non venga gestita direttamente dall'interessato; **obbligatorio nel caso in cui il titolare della struttura non sia persona fisica**)

H	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEL GESTORE DELL'ATTIVITA'			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Cell.	C.F.	
	Indirizzo email			
	Il Gestore (firma per accettazione)			
	<i>allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità</i>			
	Il gestore deve compilare l'Allegato 1			

RAPPRESENTANTE (facoltativo)

I	Il sottoscritto	in qualità di	<input type="checkbox"/> titolare	<input type="checkbox"/> gestore	<input type="checkbox"/> nomina rappresentante	<input type="checkbox"/> revoca rappresentante	
	Il Sig./ Sig.ra:						
	Cognome			Nome			
	Nato a			Prov.	il		
	Residente in			Prov.	CAP		
	Via/piazza						n.
	Tel.	CELL	Cod. fisc.				
	Indirizzo email						
	Il Rappresentante (firma per accettazione)				Il Titolare/Gestore		
	<i>allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità</i>						
Il rappresentante deve compilare l'Allegato 1							

L	REQUISITI PERSONALI		
	REQUISITI MORALI E ANTIMAFIA		
	<input checked="" type="checkbox"/> che il sottoscritto è in possesso dei requisiti morali previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività oggetto della presente segnalazione – art. 11 e 92 del TULPS R.D. 18 giugno 1931, n. 773		
L1	<input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159 del 06/09/2011 (normativa antimafia)		
	<input type="checkbox"/> che in relazione a tutti i soggetti individuati dall'art. 85 del D.lgs. 6.09.2011 allega le dichiarazioni rilasciate da tali soggetti dalla quali risulta che le stesse sono in possesso dei requisiti morali e che, pertanto, non sussistono nei loro confronti le cause di decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159 del 6.09.2011.		
	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO		
L2	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *
	N	Rilasciato da	il
			Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio		

Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy

[X] Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa (semplificata e dettagliata) esposta sul sito istituzionale del SUAP dell'Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese a cui è rivolta la presente istanza.

ALLEGA:

- Dichiarazioni di altre persone in possesso dei requisiti morali e antimafia (allegato 1)
- ✓ copia di documento di identità in corso di validità per ogni soggetto che firma in modo autografo
 - ✓ per i soli cittadini non appartenenti alla Unione Europea, copia del permesso di soggiorno, corredato delle certificazioni della Questura sulle motivazioni del suo rilascio;
 - ✓ attestazione dell'avvenuto versamento dei diritti di istruttoria SUAP
 - ✓ **Planimetria dei locali redatta da tecnico abilitato**, in scala minima 1/100 o anche 1/50, con riferimento per ciascun locale a: numero dei posti letto, destinazione d'uso, altezza minima interna utile, superficie di calpestio, superficie fenestrata apribile e rapporto illuminante.
 - ✓ **Relazione del tecnico abilitato** contenente dichiarazione di conformità dei locali alle vigenti norme in materia urbanistica ed edilizia e di igiene e sanità nonché attestante il possesso dei requisiti minimi previsti dal Regolamento Regionale n. 47R del 2018 e specifica descrizione dei locali, delle attrezzature e delle specifiche attività svolte.

altro: _____

_____ Data e luogo

_____ Firma del dichiarante

[] Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.lgs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa."

Primo dichiarante				
Cognome		Nome		
Nato a		Prov.	il	
Residente in		Prov.	CAP	
Via/piazza		n.		
1	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
Secondo dichiarante				
Cognome		Nome		
Nato a		Prov.	il	
Residente in		Prov.	CAP	
Via/piazza		n.		
2	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
Terzo dichiarante				
Cognome		Nome		
Nato a		Prov.	il	
Residente in		Prov.	CAP	
Via/piazza		n.		
3	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valido fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			

DICHIARANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla legge
- Che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159 del 06/09/2011 (normativa antimafia)
- **Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy** Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa (semplificata e dettagliata) esposta sul sito istituzionale del SUAP dell'Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese a cui è rivolta la presente segnalazione.

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante
