

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 |
| | 55.221R | OSTELLI | <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 | Sub. |
| | 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 RICETTIVITÀ' | | | | |
| NUMERO TOTALE CAMERE | | | | di cui: |
| singole con bagno n. | doppie con bagno n. | triple con bagno n. | quaduple con bagno n. | Altre camere con posti letto ____ con bagno |
| singole 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 UNITÀ 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. 43 Regolamento 47/r/2018)</i> n. _____ | | | | |
| Totale complessivo posti letto N. | | Totale bagni privati n. | | Totale bagni comuni n. |
| <input type="checkbox"/> CHE L'ATTIVITÀ RICETTIVA È ATTREZZATA PREVALENTEMENTE PER IL SOGGIORNO E IL PERNOTTAMENTO DEI GIOVANI E DEI LORO ACCOMPAGNATORI PER IL CONSEGUIMENTO DI FINALITÀ SOCIALI, CULTURALI, ASSISTENZIALI, RELIGIOSE, SPORTIVE E RICREATIVE | | | | |
| che il periodo di apertura dell'esercizio (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 -- attenzione: 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) <hr/> allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità | | | |
| | Il gestore deve compilare l'Allegato 1 | | | |

RAPPRESENTANTE (facoltativo)

| | | | |
|----------|---|------------------------------|------------|
| I | <input type="checkbox"/> 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) <hr/> allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità | Il Titolare/Gestore <hr/> | |
| | Il rappresentante deve compilare l'Allegato 1 | | |

| | |
|-----------|---|
| L | REQUISITI PERSONALI |
| L1 | 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 |
| | <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. |
| L2 | COMPILARE SOLO 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 |

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
