

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:

	Codice STAR	Tipologia attività	Oggetto
0	55.441R	<input type="checkbox"/> Affittacamere professionale <input type="checkbox"/> Affittacamere NON professionale	<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	<input type="checkbox"/> Proprietario/comproprietario	
	<input type="checkbox"/> Affittuario	<input type="checkbox"/> Altro		
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 <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'immobile _____		

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

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

SONO STATE APPORTATE MODIFICHE:

STRUTTURALI AI LOCALI CON:

AMPLIAMENTO (come
riportato al punto E)

RIDUZIONE (come
riportato al punto E)

ALLA RICETTIVITA' DELLA STRUTTURA
CON: _____

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 svolge 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'				
NUMERO TOTALE CAMERE				di cui:
singole con bagno	doppie con bagno	triple con bagno	quadruple con bagno	Altre camere con posti letto ____ con bagno
singole senza bagno	doppie senza bagno	triple senza bagno	quadruple senza bagno	Altre camere con posti letto ____ senza bagno
Totale bagni privati n.		Totale bagni comuni n.		Totale posti Letto N.
<input type="checkbox"/> di avere la residenza e il domicilio nell'unità immobiliare sede dell'attività di affittacamere <u>non professionale</u> <input type="checkbox"/> di non gestire più di due esercizi di <u>affittacamere professionale</u> nell'ambito del medesimo edificio <input type="checkbox"/> che nei locali sono installati distributori automatici, ai sensi dell'articolo 49 della L.R. 07/2/2005 n. 28 (Codice <i>Commercio</i>) <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 mese consecutivi e non superiore complessivamente a 9 mesi nell'arco dell'anno solare)		Specificare:
Dal giorno		al giorno		
Dal giorno		al giorno		
Dal giorno		al giorno		
<u>INSEGNA/TARGA</u>				
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 _____				

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)

F	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)

A1	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.	Fax	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					

G	REQUISITI PERSONALI		
G1	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		
	<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.		
G3	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 (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, dotazione dei bagni, 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 (compresa l'indicazione del numero delle camere con relativi posti letto) e delle attrezzature.

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
