

**DICHIARAZIONE REQUISITI OGGETTIVI****PER TRASFERIMENTO ATTIVITA' DI STRUTTURA ricettiva extralberghiera**

Il/La sottoscritto/a, come meglio identificato/a nella SCIA, consapevole delle responsabilità, anche penali, previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, richiamate dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 ai sensi dell'articolo 46 e dell'articolo 47 dello stesso decreto

**DICHIARA**

<b>Codice ATECO dell'attività prevalente</b>	<b>Descrizione ATECO dell'attività prevalente</b>
<b>Codice ATECO dell'attività secondaria</b>	<b>Descrizione ATECO dell'attività secondaria</b>

<b>Caratteristiche dell'attività</b>	
<b>Numero stelle</b>	
<b>Capacità complessiva</b>	<b>Numero stabili</b>

**Dettaglio delle camere**

<b>Numero totale camere</b>	<b>Numero posti letto</b>	<b>Numero servizi igienici (bagni)</b>
-----------------------------	---------------------------	--

Camera	Numero camere	Superficie	Numero posti letto	Servizi igienici
<input type="checkbox"/> camere singole		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> camere doppie		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> camere triple		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>		m <sup>2</sup>		

<b>Vani soggiorno annessi alle camere</b>	<b>Superficie vani soggiorno annessi alle camere (min 14m<sup>2</sup>)</b>
	m <sup>2</sup>

<b>Vano cucina o ancolo cottura annesso al soggiorno</b>	<b>Superficie vano cucina o ancolo cottura annesso al soggiorno</b>
	m <sup>2</sup>

**Descrizione arredamento delle camere**

**Descrizione e composizione dei servizi igienici**

**Altre informazioni utili**

Dettaglio delle unità abitative

Numero totale delle unità abitative		Numero servizi igienici comuni		Numero servizi igienici privati
Camera	Numero camere	Superficie	Numero posti letto	Servizi igienici
<input type="checkbox"/> camere singole		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> camere doppie		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> camere triple		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>		m <sup>2</sup>		

**Descrizione arredamento delle camere**

**Descrizione e composizione dei servizi igienici**

**Altre informazioni utili**

Presented for non-users are per

Dettaglio degli spazi comuni

**Servizio**

- sala ristorazione
- sala tv
- centro benessere
- bar
- sala giochi
- piscina
- soggiorno
- palestra
- baby parking
- altro (specificare)

Dettaglio degli spazi privati

**Numero camere non a disposizione della clientela**

**Altri spazi privati**

**Periodo di esercizio**

- permanente
- stagionale - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**che sono stati rispettati relativamente al locale dell'esercizio**

- i Regolamenti locali di polizia urbana
- i Regolamenti locali di polizia annonaria e igienico sanitaria

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

**(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata dal richiedente con firma digitale.**

Qualora il dichiarante sia sprovvisto di firma digitale tutte le dichiarazioni sono sottoscritte con firma autografa, accompagnata da copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e dalla procura speciale, e il procuratore deve firmare digitalmente la comunicazione nonché tutti gli allegati.

- RIEPILOGO
- INVIO

Pomezia		
<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>