

ALL'UFFICIO TURISMO
DEL COMUNE CAPOLUOGO/
DELLA CITTA' METROPOLITANA

- ALBERGO**
- RESIDENZA TURISTICO-ALBERGHIERA (RTA)**
- DIPENDENZA/E in albergo o RTA³** (codice⁴ _____)

Comunicazione delle caratteristiche, delle attrezzature e dei servizi della struttura
(riempire le parti che interessano)

- comunicazione PRINCIPALE (contestualmente alla SCIA di apertura o alla comunicazione di subingresso)
- comunicazione VARIAZIONI (entro il termine del 30 aprile successivo alla variazione)

01	Denominazione dell'esercizio						
02	Indirizzo dell'esercizio	Via _____ Località _____ Frazione _____ Comune _____ CAP _____					
<p>AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE DEI QUADRI Compilare i dati richiesti nei quadri sottostanti solo se variati rispetto alla precedente comunicazione. Nel caso in cui tutti i campi dello stesso riquadro non fossero variati, spuntare il check "non modificato" senza procedere alla compilazione delle relative informazioni. N.B. Se anche un solo dato richiesto nel singolo riquadro è cambiato rispetto all'ultima comunicazione, lo stesso riquadro va compilato per intero.</p>							
03	Tipologia	<input type="checkbox"/> Albergo <input type="checkbox"/> Motel <input type="checkbox"/> Villaggio-albergo <input type="checkbox"/> non modificato <input type="checkbox"/> RTA <input type="checkbox"/> Villaggio RTA					
04	Classificazione	<input type="checkbox"/> una ★ <input type="checkbox"/> due★★ <input type="checkbox"/> tre★★★ <input type="checkbox"/> non modificato <input type="checkbox"/> quattro★★★★ <input type="checkbox"/> cinque★★★★★					
05	Dipendenze	Indicare il numero delle dipendenze per classificazione:					
	Vedasi nota 3	★	★★	★★★	★★★★	★★★★★	Totale dipen.
	<input type="checkbox"/> non modificato	n.	n.	n.	n.	n.	n.

¹ Riservato all'Ufficio

³ Qualora le dipendenze abbiano una classificazione più bassa della casa madre deve essere utilizzato il modello "DIPENDENZA/E". (In tal caso, pertanto, vanno presentate due distinte comunicazioni: in una si raggruppano i dati relativi alla casa madre e alle dipendenze con medesima classificazione della casa madre; nell'altra si raggruppano i dati relativi alle dipendenze con classificazione più bassa, e in quest'ultima comunicazione non va riempito il riquadro 5).

⁴ Riservato all'ufficio: indicare codice della casa madre

06	Recapito <input type="checkbox"/> non modificato	Sito web _____ E-mail _____ Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____ Recapito negli eventuali periodi di chiusura _____ _____						
07	Titolare <input type="checkbox"/> non modificato	Nome del titolare _____ Indirizzo/sede _____ Iva/CF _____						
	Gestore <input type="checkbox"/> non modificato	Nome del gestore _____ Indirizzo/sede _____ Iva/CF _____						
08	Titolo per l'esercizio dell'attività <input type="checkbox"/> non modificato	<input type="checkbox"/> DIA/SCIA (denuncia o segnalazione inizio attività)	Del _____ Comune/Suap di _____					
		<input type="checkbox"/> Autorizzazione						
09	Dipendenti <input type="checkbox"/> non modificato	Totale _____ (di cui: a tempo parziale _____; Stagionali _____)						
10	Apertura <input type="checkbox"/> non modificato	<input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Stagionale (dal-al) ⁶ _____ _____						
11	Camere (escluse quelle nelle unità abitative) <input type="checkbox"/> non modificato	Singole		Doppie		con zona soggiorno ⁷	Suite	Totale
		Senza bagno	Con bagno	Senza bagno	Con bagno			
		n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
		Di cui con: riscaldamento n. __ , aria condizionata n. ____, telefono n. ____ TV a colori n. ____, Frigo bar n. ____, Cassette di sicurezza n. ____ Asciugacapelli n. _____, Accessibili a disabili n. _____						
12	Unità abitative <input type="checkbox"/> non modificato	Di cui con: riscaldamento n. ____ aria condizionata n. ____ TV a colori n. ____ Telefono n. ____ Cassette di sicurezza. n. __Asciugacapelli n. ____ Accessibili a disabili n. ____ _____						
		Totale unità abitative _____					Totale camere nelle unità abitative _____	
13	Posti letto <input type="checkbox"/> non modificato	In camere, n. ____aggiungibili, n. _____ In unità abitative, n. ____aggiungibili, n. _____ ⁸					Totale _____	
14	Servizi igienici <input type="checkbox"/> non modificato	In camere n. ____ In unità abitative n. ____ Comuni n. _____ Di cui accessibili a disabili n. __					Totale _____	
15	Percentuale area esercizio accessibile a disabili <input type="checkbox"/> non modificato	100% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/>						

⁶ Indicare (giorno e mese) uno o più periodi⁷ (Junior suite) con superficie aggiuntiva non separata e non distinta da quella della camera e fornita di: tavolino e 2 sedie (o 2 poltrone o 1 divano).⁸ In base alla superficie della camera (escluso letto supplementare per bambino fino a 12 anni)

16	Impianti – servizi comuni/centralizzati – altre informazioni: <input type="checkbox"/> non modificato	<input type="checkbox"/> accettazione animali domestici <input type="checkbox"/> accettazione gruppi <input type="checkbox"/> ascensore <input type="checkbox"/> aria condizionata <input type="checkbox"/> accesso con vetture private <input type="checkbox"/> parcheggio proprio <input type="checkbox"/> autorimessa(anche convenzionata) <input type="checkbox"/> trasporto clienti stazione <input type="checkbox"/> attività di somministrazione alimenti e bevande: <input type="checkbox"/> per gli alloggiati; <input type="checkbox"/> al pubblico <input type="checkbox"/> attività di vendita al dettaglio: <input type="checkbox"/> per gli alloggiati; <input type="checkbox"/> al pubblico <input type="checkbox"/> sala soggiorno e svago <input type="checkbox"/> sala televisione <input type="checkbox"/> sala riunioni <input type="checkbox"/> accesso internet wi-fi gratuito <input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> TV satellitare <input type="checkbox"/> parco o giardino <input type="checkbox"/> giochi per bambini <input type="checkbox"/> baby sitting <input type="checkbox"/> lavatura stiratura biancheria <input type="checkbox"/> cambio biancheria <input type="checkbox"/> cambio biancheria <input type="checkbox"/> colazione in camera <input type="checkbox"/> custodia valori <input type="checkbox"/> sauna <input type="checkbox"/> centro benessere <input type="checkbox"/> terme <input type="checkbox"/> spiaggia privata <input type="checkbox"/> discoteca <input type="checkbox"/> tennis <input type="checkbox"/> piscina scoperta <input type="checkbox"/> piscina coperta <input type="checkbox"/> bicicletta LINGUE STRANIERE: <input type="checkbox"/> inglese <input type="checkbox"/> francese <input type="checkbox"/> spagnolo <input type="checkbox"/> tedesco altre _____ <input type="checkbox"/> bancomat <input type="checkbox"/> carte di credito _____ <input type="checkbox"/> certificazione (EMAS/ECOLABEL/ISO/SA8000) _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
17	Servizio congressi <input type="checkbox"/> non modificato	sale riunioni n_____, per complessivi posti n_____, di cui in sala plenaria posti n_____ <input type="checkbox"/> Servizi congressuali (_____)

Informativa ex art. 13 d.lgs. 196/2003: I dati forniti, trattati con modalità manuale e informatizzata per le finalità istituzionali dell'ufficio ricevente, verranno comunicati alla Regione Toscana. Del trattamento sono: titolari l'Ufficio del turismo del Comune capoluogo/Città metropolitana e la Regione Toscana-G.R.; responsabili i dirigenti dei rispettivi uffici turismo; incaricati i dipendenti assegnati agli uffici. In ogni momento l'interessato potrà esercitare nei confronti del titolare e/o responsabile del trattamento i Suoi diritti ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003

Il presente modulo viene firmato digitalmente e allegato al modulo telematico per la presentazione al Suap competente attraverso l'applicativo STAR.

ALLEGATO alla comunicazione per l'esercizio di _____
posto in _____

Unità abitative:	Tipo E n°	Tipo F n°	Tipo G n°	Tipo H n°
	Tipologie di unità abitativa presenti nella struttura: (qualora sia necessario raggruppare le U.A. in più di 4 tipologie, aggiungere allegato)			
	Descrizione tipo E: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo F: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo G: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo H: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n.wc _____ altro _____

Unità abitative:	Tipo I n°	Tipo L n°	Tipo M n°	Tipo N n°
	Tipologie di unità abitativa presenti nella struttura: (qualora sia necessario raggruppare le U.A. in più di 4 tipologie, aggiungere allegato)			
	Descrizione tipo I: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo L: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo M: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo N: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n.wc _____ altro _____

Unità abitative:	Tipo O n°	Tipo P n°	Tipo Q n°	Tipo R n°
	Tipologie di unità abitativa presenti nella struttura: (qualora sia necessario raggruppare le U.A. in più di 4 tipologie, aggiungere allegato)			
	Descrizione tipo O: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo P: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo Q: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo R: n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n.wc _____ altro _____

Il presente modulo viene firmato digitalmente e allegato al modulo telematico per la presentazione al Suap competente attraverso l'applicativo STAR.