

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

CASA/E APPARTAMENTO/I VACANZE

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</p> <p>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.</p> <p>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	Recapito <input type="checkbox"/> non modificato	Sito web _____ E-mail _____ Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____ Recapito negli eventuali periodi di chiusura _____	
04	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 _____	
05	Titolo per l'esercizio dell'attività <input type="checkbox"/> non modificato	<input type="checkbox"/> Dia/SCIA <input type="checkbox"/> Autorizzazione	Del _____ Comune/Suap di _____
06	Dipendenti <input type="checkbox"/> non modificato	Totale _____ (di cui: a tempo parziale _____; Stagionali _____)	
07	Apertura <input type="checkbox"/> non modificato	<input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Stagionale (dal-al) ² _____ _____	
08	Unità abitative <input type="checkbox"/> non modificato	Di cui con: riscaldamento n. _____ aria condizionata n. _____ TV a colori n. _____ Telefono n. _____ Cassette di sicur. n. _____ Asciugacapelli n. _____ Accessibili a disabili n. _____	

¹ Riservato all'Ufficio

² Indicare (giorno e mese) uno o più periodi

09	Posti letto <input type="checkbox"/> non modificato	In unità abitative, n. ____aggiungibili n. ³ Totale _____
10	Servizi igienici <input type="checkbox"/> non modificato	Di cui accessibili a disabili n. ____ Totale _____
11	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"/>
12	Impianti - servizi comuni/centralizzati – altre informazioni: <input type="checkbox"/> non modificato	<input type="checkbox"/> bicicletta <input type="checkbox"/> accettazione animali domestici <input type="checkbox"/> parcheggio proprio <input type="checkbox"/> autorimessa <input type="checkbox"/> accesso con vetture private <input type="checkbox"/> giochi per bambini <input type="checkbox"/> ascensore <input type="checkbox"/> cassetta sicurezza <input type="checkbox"/> aria condizionata <input type="checkbox"/> tennis <input type="checkbox"/> TV satellitare <input type="checkbox"/> lavatura stiratura biancheria <input type="checkbox"/> pulizia dei locali al cambio cliente e almeno una volta a settimana <input type="checkbox"/> cambio biancheria al cambio cliente e almeno una volta a settimana <input type="checkbox"/> accesso internet con wifi gratuito 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 _____
		Tipologie di unità abitativa presenti nella struttura: (qualora sia necessario raggruppare le U.A. in più di 4 tipologie, aggiungere allegato) <input type="checkbox"/> non modificato
	Descrizione tipo A: monolocale n.posti _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo B n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____
	Descrizione tipo C n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo D n.camere _____ n.posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n.wc _____ altro _____
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. 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.

³ In base alla superficie della camera (escluso letto supplementare per bambino fino a 12 anni)

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_____	Descrizione tipo F n.camere_____	Descrizione tipo G n.camere_____	Descrizione tipo H n.camere_____
	n.posti_____	n.posti_____	n.posti_____	n.posti_____
	soggiorno_____	soggiorno_____	soggiorno_____	soggiorno_____
	cucina_____	cucina_____	cucina_____	cucina_____
	n. wc_____	n. wc_____	n. wc_____	n.wc_____
	altro	altro	altro	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_____	Descrizione tipo L n.camere_____	Descrizione tipo M n.camere_____	Descrizione tipo N n.camere_____
	n.posti_____	n.posti_____	n.posti_____	n.posti_____
	soggiorno_____	soggiorno_____	soggiorno_____	soggiorno_____
	cucina_____	cucina_____	cucina_____	cucina_____
	n. wc_____	n. wc_____	n. wc_____	n.wc_____
	altro	altro	altro	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_____	Descrizione tipo P n.camere_____	Descrizione tipo Q n.camere_____	Descrizione tipo R n.camere_____
	n.posti_____	n.posti_____	n.posti_____	n.posti_____
	soggiorno_____	soggiorno_____	soggiorno_____	soggiorno_____
	cucina_____	cucina_____	cucina_____	cucina_____
	n. wc_____	n. wc_____	n. wc_____	n.wc_____
	altro	altro	altro	altro

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