

Comune di Mentana

## DICHIARAZIONE REQUISITI OGGETTIVI

### PER SUBINGRESSO IN 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

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Codice ATECO dell'attività prevalente | Descrizione ATECO dell'attività prevalente |
| Codice ATECO dell'attività secondaria | Descrizione ATECO dell'attività secondaria |

#### Caratteristiche dell'attività

Numero stelle

Capacità complessiva

Numero stabili

Dettaglio delle camere

Numero totale camere

Numero posti letto

Numero servizi igienici (bagni)

| 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> |                    |                  |

Vani soggiorno annessi alle camere

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

m<sup>2</sup>

Vano cucina o ancolo cottura annesso al soggiorno

Superficie vano cucina o ancolo cottura annesso al soggiorno

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** 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

**Subingresso nell'attività esercitata dall'impresa****Impresa alienante****Forma giuridica****Partita IVA****Autorizzazione/DIA/SCIA/Numero****Del**

che sono stati rispettati relativamente al locale dell'esercizio

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

Motivo del subingresso

- cessazione d'azienda
- fallimento
- donazione d'azienda
- successione ereditaria
- costituzione di società con conferimento
- affitto d'azienda
- fusione
- altro (specificare)

Estremi dell'atto tra vivi (redatto a norma dell'articolo 2556 del Codice Civile)

| Atto Rep. Num. | Del | Redatto dal Notaio Dott. |
|----------------|-----|--------------------------|
|                |     |                          |

- registrato
- in corso di registrazione

| Registrato a | Numero | II |
|--------------|--------|----|
|              |        |    |

Estremi della successione ereditaria

Data di decesso titolare

Data presentazione denuncia successione

Eredi o legatari

| Cognome | Nome |
|---------|------|
|         |      |

  

| Codice fiscale | Nato a | II |
|----------------|--------|----|
|                |        |    |

- Nel locale è esercitata già altra attività; specificare:

#### Elenco degli allegati

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

- Copia atto pubblico o scrittura privata autenticata (obbligatorio in caso di atto di trasferimento tra vivi)
- Copia denuncia di successione (obbligatorio in caso di atto di trasferimento mortis causa)

**(\*) 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.

|         |      |                |
|---------|------|----------------|
| Mentana |      |                |
| Luogo   | Data | Il dichiarante |