

VARIAZIONI ALL'ATTIVITÀ RICETTIVA

6.4

TRASFERIMENTO DI SEDE

Dall'indirizzo attuale in:

Comune di _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P.

all'indirizzo indicato nel MODELLO A - Punto A3 "Sede di svolgimento dell'attività"

TRASFERIMENTO DIPENDENZA

Dall'indirizzo attuale in:

Comune di _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P.

all'indirizzo indicato al punto 6.1

6.5

VARIAZIONE CLASSIFICAZIONE

numero stelle* 1 2 3 4 5 5 lusso

*l'ottenimento della classificazione provinciale è pre requisito necessario per la presentazione della SCIA

6.6

VARIAZIONE DEL NUMERO CAMERE/APPARTAMENTI/POSTI LETTO

	Aumento	Diminuzione	Entità della variazione	
<input type="checkbox"/> camere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	numero
<input type="checkbox"/> appartamenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	numero
<input type="checkbox"/> posti letto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	numero

6.7

VARIAZIONE CARATTERISTICHE DELLE DIPENDENZE

	Aumento	Diminuzione	Entità della variazione	
<input type="checkbox"/> camere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	numero
<input type="checkbox"/> appartamenti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	numero
<input type="checkbox"/> posti letto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	numero

ESERCIZIO DI ATTIVITA' ALBERGHIERA DI ALBERGO DIFFUSO

AVVIO ATTIVITA' ALBERGHIERA DI ALBERGO DIFFUSO

6.8

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

- che l'ufficio ricevimento ed accoglienza, eventuali sale di uso comune, ristorante e spazio vendita per i prodotti tipici locali sono ubicati nel territorio del Comune al quale si inoltra la presente SCIA ad una distanza non superiore a metri 400 da tutte le camere / alloggi
- che tutte le camere/alloggi hanno destinazione d'uso compatibile con l'attività alberghiera
- che è garantito il rispetto dei requisiti strutturali ed igienico sanitari previsti dalla vigente normativa per lo svolgimento dell'attività alberghiera
- che è garantita la gestione unitaria dell'albergo a norma dell'art. 22, comma 1, della L.R. 15/2007

che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono ubicato/i
 nel Comune di _____ Prov. | | | |
 Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. | | | | | | | | | |
 IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE | | | | | | | | | | | | | | | |
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono ubicato/i
 nel Comune di _____ Prov. | | | |
 Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. | | | | | | | | | |
 IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE | | | | | | | | | | | | | | | |
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono ubicato/i
 nel Comune di _____ Prov. | | | |
 Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. | | | | | | | | | |
 IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE | | | | | | | | | | | | | | | |
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

VARIAZIONE DI ATTIVITA' ALBERGHIERA DI ALBERGO DIFFUSO

TRASFERIMENTO DELLE CAMERE/ALLOGGI

6.9

che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono trasefrito/i
 nel Comune di _____ Prov. | | | |
 Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. | | | | | | | | | |
 IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE | | | | | | | | | | | | | | | |
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono trasefrito/i
 nel Comune di _____ Prov. | | | |
 Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. | | | | | | | | | |
 IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE | | | | | | | | | | | | | | | |
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono trasefrito/i
 nel Comune di _____ Prov. | | | |
 Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. | | | | | | | | | |
 IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE | | | | | | | | | | | | | | | |
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune