

Regione Lazio

## DICHIARAZIONE REQUISITI OGGETTIVI

### PER APERTURA NUOVA ATTIVITA' DI STRUTTURA RICETTIVA

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 \_\_\_\_\_

che sono stati rispettati relativamente al locale dell'esercizio

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

**(\*) 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.

Luogo	Data	Il dichiarante