

QUESTIONARIO IMPOSTA DI SOGGIORNO

Aggiornamento dati strutture ricettive

Dati dichiarante:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

In qualità di Titolare della Struttura _____

e.mail _____ PEC _____

Tel _____ Documento d'identità n° _____ scadenza _____
rilasciato da _____

Attiva dal _____ ubicata in Via _____ n. _____

Dati Catastali Foglio _____ Particella _____ Sub _____ Categoria _____

Codice Identificativo Regionale (CIR) _____
CIN _____

DICHIARA

(segnare la tipologia della struttura)

Quanto contenuto nei seguenti quadri:

N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione

2.1 – Tipologia della struttura ricettiva

☐	Aziende ricettive alberghiere	☐ Alberghi	☐ Alberghi ordinari
			☐ Villaggio Albergo
			☐ Albergo Diffuso
			☐ Motel
			☐ Alberghi residenziali
☐	Aziende ricettive all'aria aperta	☐ Villaggi turistici	
		☐ Campeggi	
☐	Aziende ricettive extra alberghiere	☐ Case per ferie	
		☐ Ostelli per la gioventù	
		☐ Affittacamere	
			☐ Affittacamere ordinario

	☐ Locanda
	☐ Case e appartamenti per vacanze / Bed and breakfast
	☐ Turismo rurale
☐ Residence	☐ Residence ordinario
	☐ Villaggio

2.2 – Capacità ricettiva della struttura

Capacità complessiva della struttura ricettiva:

☐

Per aziende ricettive alberghiere, case per ferie, ostelli per la gioventù, affittacamere, turismo rurale, bed and breakfast

N.B.: Per strutture articolate in più stabili, riportare di seguito i dati del primo stabile ed utilizzare l'allegato F5 per ogni ulteriore dipendenza, riportando le specifiche nella riga seguente. Per i bed and breakfast compilare la sezione "Dettaglio Camere"

Numero totale stabili:	N° progressivo dello stabile:	Capacità ricettiva del singolo stabile:
------------------------	-------------------------------	---

DETTAGLIO CAMERE

Numero complessivo delle camere:	Di cui n° con servizi igienici in camera
----------------------------------	--

N° servizi igienici comuni:	Numero complessivo servizi igienici:
-----------------------------	--------------------------------------

☐ Camere singole n°	☐ Camere doppie n°	☐ Camere triple n°
--	---	---

☐ Camere quadruple n°	☐ Camere quintuple n°	☐ Altre camere n°
--	--	--

Dettaglio ulteriori camere (posti letto e numero):

Vani soggiorno annessi alle camere n°

Descrizione arredamento delle camere:

Descrizione composizione dei servizi igienici:

DETTAGLIO UNITA' ABITATIVE

Numero complessivo delle unità abitative:	Di cui n° con cucina e posto cottura
---	--------------------------------------

Di cui n° con servizi igienici privati	N° servizi igienici comuni:
--	-----------------------------

N° complessivo servizi igienici:

Dettaglio capacità delle singole unità abitative (posti letto e numero):

ALTRO – Ai sensi dell'art. 6 del vigente Regolamento si allega il Mod. 21 di cui al DPR 194/1996 da compilare e consegnare entro il termine di giorni 15 negativo

N.B. Si prega allegare copia di un documento d'identità in corso di validità

Timbro e firma leggibile