

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Strutture ricettive – Stabilimenti balneari – – avvio, trasferimento, variazione, subingresso (TOSCANA) Nome file: <i>denunciainizioattivitàstabilimentibalneari</i>	Numero M 134
		Pag.
	Rev. 02 del 08/02/05	

Istruzioni per l'interessato:

Modello per la presentazione della denuncia di inizio attività per avvio, trasferimento, variazione o subingresso in stabilimenti balneari.

Istruzioni per il Comune:

Copia della comunicazione, con il timbro datario ed il numero di protocollo del Comune ricevente dovrà essere trattenuta dall'interessato. Il Comune effettuerà gli accertamenti sui requisiti oggettivi. Inviare copia alla PROVINCIA, alla ASL ed (eventualmente) al comando della Polizia Municipale per le attività di vigilanza e controllo.

Modalità di consegna:

- via fax (preferibile)
- firma digitale
- al Protocollo generale o dell'ufficio ricevente
- posta ordinaria

REVISIONI						
N° REV.	DATA REV.	DESCRIZIONE	Note			
00	Non revisionati	Modelli di precedenti edizioni	Possono essere utilizzati. Da sostituire progressivamente con la nuova modulistica			
01	14/03/2004	Prima emissione a seguito della riunione del 16/2/2004	Modello valido per i Comuni della Regione Toscana			
02	08/02/2005	Aggiornamento	Adeguamento alle disposizioni della L.R. 14/2005. Modello valido per i Comuni della Regione Toscana			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> Verifica Firma Resp: _____ <i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@provincia.fi.it </td> <td style="width: 33%;"> Approvazione Firma Direzione: Provincia di Firenze <i>Dott. Enno Ghiandelli</i> e.ghiandelli@provincia.fi.it </td> <td style="width: 33%;"> Emissione Firma RQ: _____ Data: _____ <i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@regione.toscana.it </td> </tr> </table>				Verifica Firma Resp: _____ <i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@provincia.fi.it	Approvazione Firma Direzione: Provincia di Firenze <i>Dott. Enno Ghiandelli</i> e.ghiandelli@provincia.fi.it	Emissione Firma RQ: _____ Data: _____ <i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@regione.toscana.it
Verifica Firma Resp: _____ <i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@provincia.fi.it	Approvazione Firma Direzione: Provincia di Firenze <i>Dott. Enno Ghiandelli</i> e.ghiandelli@provincia.fi.it	Emissione Firma RQ: _____ Data: _____ <i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@regione.toscana.it				

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Strutture ricettive – Stabilimenti balneari – – avvio, trasferimento, variazione, subingresso (TOSCANA) <small>Nome file: denunciainizioattivitàstabilimentibalneari</small>	Numero M 134
		Pag.
		Rev. 02 del 08/02/05

STRUTTURE RICETTIVE – STABILIMENTI BALNEARI – – AVVIO, TRASFERIMENTO, VARIAZIONE, SUBINGRESSO (TOSCANA)

Al SUAP del Comune di
MONTE ARGENTARIO
Piazzale dei Rioni, 8
58019 PORTO S. STEFANO

2 copie in carta semplice

Il sottoscritto quale [] proprietario [] esercente attività comunica i seguenti dati

PROPRIETARIO DEGLI IMMOBILI/TERRENI:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____ [] *barrare se email con firma digitale*

Altri comproprietari: _____

Impianto sito in _____ Via/P.za _____ n. _____ Descrizione per identificazione: _____ _____ [] catasto terreni [] catasto fabbricati - Foglio di mappa _____ particella/e _____ sub. _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Strutture ricettive – Stabilimenti balneari – – avvio, trasferimento, variazione, subingresso (TOSCANA) Nome file: <i>denunciainizioattivitàstabilimentibalneari</i>	Numero M 134
		Pag.
	Rev. 02 del 08/02/05	

DICHIARA di

- AVVIARE l'attività**
 TRASFERIRE DI SEDE l'attività da _____ a _____
 VARIAZIONE l'attività a seguito di _____
 SUBENTRARE nell'esercizio della struttura ricettiva

con inizio dell'attività dalla data:

- di presentazione della presente dichiarazione
 dalla data del _____
 dalla data che sarà successivamente comunicata tramite l'allegato modello

Per le attività ricettive di

STABILIMENTO BALNEARE

DATI RELATIVI AGLI IMMOBILI ED AI TERRENI

Struttura sita in _____ Via _____ n. _____

Piano: Terreno Primo Secondo Terzo Quarto _____

catasto terreni catasto fabbricati - Foglio di mappa _____

particella/e _____ sub. _____

DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA

Punti ombra n. _____	Servizio piscina <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Cabine n. _____	Servizio ristorante <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Locali spogliatoio n. _____	Servizio bar <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Servizi igienici con lavabo n. _____	
Certificato agibilità rilasciato in data _____, al n. _____ per uso _____	
Note (elencare eventuali altre strutture ricreative, sportive, o connesse a cure elioterapiche e termali presenti nella struttura) _____ _____ _____	

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Strutture ricettive – Stabilimenti balneari – – avvio, trasferimento, variazione, subingresso (TOSCANA) <small>Nome file: denunciainizioattivitàstabilimentibalneari</small>	Numero M 134
		Pag.
		Rev. 02 del 08/02/05

Attenzione: lo svolgimento di attività ricettive è subordinato alla condizione che sia stata presentata domanda di autorizzazione/dia per l'installazione delle insegne (senza necessità che risulti definito il relativo procedimento)

Il sottoscritto dichiara pertanto di aver presentato:

[] domanda di autorizzazione

[] d.i.a.

[] di essere abilitato all'installazione/mantenimento dell'insegna ai sensi dell'atto del _____ n. _____ rilasciato da _____

per l'installazione dell'insegna di esercizio relativa alla presente struttura ricettiva

DICHIARA

- che nella struttura ricettiva vengono offerti i seguenti ulteriori servizi: (es. servizi centralizzati, servizi complementari, servizio autonomo di cucina...) _____

- che congiuntamente all'attività ricettiva vengono inoltre svolte le seguenti attività:

DICHIARA

- Che la **DENOMINAZIONE** della struttura ricettiva è _____

- che la struttura ricettiva è in possesso dei requisiti previsti e specificati dal vigente Regolamento Regionale di attuazione della Legge Regionale n. 42/2000;

- Di essere titolare di Concessione demaniale n. _____ del _____, ovvero di autorizzazione a subingresso n. _____ del _____

- Di essere titolare di Concessione comunale n. _____ del _____ (parcheggio)

- che la struttura ricettiva è in possesso dei requisiti minimi previsti dal Regolamento Regionale n. 18/R del 23 aprile 2001 (regolamento di attuazione della Legge Regionale n. 42/2000)

- che i locali sono in possesso di tutti i requisiti urbanistico-edilizi, igienico-sanitari, di pubblica sicurezza e rispettano quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative, anche per quanto attiene alla prevenzione incendi;

- che gli impianti tecnici presenti nei locali risultano conformi alle prescrizioni di cui alla Legge n. 46/1990, come emerge dai certificati di conformità alla regola d'arte rilasciati da un tecnico abilitato;

- che l'immobile e le strutture oggetto della presente dichiarazione possiedono i requisiti urbanistico-edilizi, igienico-sanitari, di sicurezza per l'esercizio dell'attività.

ATTENZIONE: in caso di dubbio sul possesso dei requisiti **NON** presentare la presente e chiedere informazioni presso l'Amministrazione competente e/o i propri professionisti di fiducia

- che il sottoscritto e gli eventuali soci tenuti alla presentazione della dichiarazione "antimafia" sono in possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività richiesta;

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Strutture ricettive – Stabilimenti balneari – – avvio, trasferimento, variazione, subingresso (TOSCANA) Nome file: <i>denunciainizioattivitaastabilimentibalneari</i>	Numero	M 134
		Pag.	
		Rev. 02	del 08/02/05

- di avere rispettato le norme igienico-sanitarie previste nel vigente regolamento comunale in materia

- che la disponibilità dell'area/locali è avvenuta per:

(barrare solo la casella corrispondente al titolo certificante il proprio diritto)

compravendita affitto conferimento d'azienda scissione d'azienda

scioglimento con conferimento fusione comodato

- che l'attività verrà svolta nel rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale in materia;

CLASSIFICAZIONE

Attenzione: la classificazione viene autocertificata dall'interessato ed è soggetta al controllo da parte degli organi di vigilanza in materia. In caso di false dichiarazioni si applicano le relative sanzioni penali ed amministrative

Il sottoscritto pertanto consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti DICHIARA

che la struttura ricettiva è in possesso dei requisiti di cui alla vigente normativa regionale per essere **classificata** con il seguente numero di stelle:

1 STELLA

2 STELLE

3 STELLE

che il periodo di apertura dell'esercizio sarà il seguente:

Annuale

oppure

Dal giorno _____ al giorno _____ e dal giorno _____ al giorno _____

Dal giorno _____ al giorno _____ e dal giorno _____ al giorno _____

GESTIONE

che l'attività viene gestita direttamente dal sottoscritto;

oppure (in caso di persona giuridica)

di designare gestore il/la Sig./Sig.ra:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____ Tel. _____

che sottoscrive la presente sezione per accettazione della designazione, CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ NELLA FORMAZIONE DEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEQUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

Il gestore

Da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità'

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Strutture ricettive – Stabilimenti balneari – – avvio, trasferimento, variazione, subingresso (TOSCANA) Nome file: <i>denunciainizioattivitaastabilimentibalneari</i>	Numero M 134
		Pag.
		Rev. 02 del 08/02/05

SOMMINISTRAZIONE

- che congiuntamente all'attività ricettiva viene svolta attività di **preparazione e somministrazione di alimenti e bevande**

- riservata ai clienti della struttura;
 al pubblico in base alla autorizzazione di pubblico esercizio del _____ numero _____ tipologia _____;

- che tale attività, **CON PIENA CONSAPEVOLEZZA DEGLI OBBLIGHI DERIVANTI DALLA NORMATIVA SULL'AUTOCONTROLLO, BASATO SUL SISTEMA HACCP (D.LGS. 155/97)**, viene svolta:

direttamente dal sottoscritto oppure **da:**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza _____

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____ Tel. _____

Titolare della omonima impresa individuale

Legale rappresentante della Società

CF

 P. IVA

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale amministrativa nel Comune di _____

(Prov. ____) Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____@_____

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Iscritta al Rec (Registro Esercenti il Commercio) della C.C.I.A.A. di _____

al n. _____

che sottoscrive la presente sezione, **CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ NELLA FORMAZIONE DEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.**

Firma

*Da apporre davanti all'impiegato oppure
 allegare fotocopia del documento di
 riconoscimento in corso di validità'*

PREPARAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE (L. 283/1962)

Il sottoscritto dichiara che la struttura

è in possesso dell'autorizzazione sanitaria ovvero di DIA n. _____ del _____

è stata richiesta contestualmente l'autorizzazione sanitaria ovvero presentata DIA;

non è soggetta alla legge 283/1962 in quanto:

non vi sono attività di preparazione di alimenti e bevande

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Strutture ricettive – Stabilimenti balneari – – avvio, trasferimento, variazione, subingresso (TOSCANA) Nome file: <i>denunciainizioattivitàstabilimentibalneari</i>	Numero M 134
		Pag.
	Rev. 02 del 08/02/05	

DICHIARA altresì'

PREVENZIONE INCENDI

che l'attività:

è soggetta alla normativa di prevenzione incendi per la quale è stato rilasciato l'esame conformità progetto con atto del _____ prot. N. _____, e relativo C.P.I. del _____ prot. N. _____;

è soggetta alla normativa di prevenzione incendi per la quale viene richiesto contestualmente _____;

non è soggetta alla normativa di prevenzione incendi in quanto _____

Il sottoscritto inoltre **DICHIARA:**

- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza e dei relativi endoprocedimenti;
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa ai procedimenti attivati potrà essere inoltrata anche per il tramite dei professionisti indicati nel presente modello sia mediante trasmissione ordinaria (lettera) che mediante fax, email o altro sistema di comunicazione.

(IN CASO DI CITTADINO STRANIERO)

- di essere in possesso di **permesso di soggiorno** per _____
 _____ (specificare il motivo del rilascio) n° _____
 rilasciato da _____ il _____ con validità fino al _____
- di essere in possesso di **carta di soggiorno** n° _____ per _____
 _____ (specificare il motivo del rilascio) n° _____ rilasciato da _____
 _____ il _____ con validità fino al _____

ALLEGA

Planimetria aggiornata dei locali accompagnata da relazione tecnica descrittiva con indicazione della eventuale presenza di attività connesse allo stabilimento balneare

Copia documento di identità del sottoscrittore (non necessaria se l'istanza è sottoscritta in presenza dell'impiegato)

_____ lì _____
 (luogo) (data)

L'interessato

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità'

NOTA - L'attività può essere iniziata IMMEDIATAMENTE DALLA DATA DI PROTOCOLLO DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Strutture ricettive – Stabilimenti balneari – – avvio, trasferimento, variazione, subingresso (TOSCANA) <small>Nome file: denunciainizioattivitàstabilimentibalneari</small>	Numero M 134
		Pag.
		Rev. 02 del 08/02/05

AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI MORALI (a firma di tutti i soggetti che hanno potere di rappresentanza) - D.P.R. 252/1998 Art. 2 comma 3

Cognome _____ Nome _____ C. F. _____
 Data di nascita ___/___/___ Cittadinanza _____ Sesso: M [] F []
 Luogo di nascita: _____ Stato _____
 Provincia _____ Comune _____
 Residenza: Provincia _____ Comune _____
 Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

DICHIARA

- Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza e che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).
 - che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'allegato 1 del D.Lgs. 8 agosto 1994 n. 490;
 - di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;

Data _____ **Firma** _____

Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto ovvero allegare fotocopia del documento di riconoscimento

Cognome _____ Nome _____ C. F. _____
 Data di nascita ___/___/___ Cittadinanza _____ Sesso: M [] F []
 Luogo di nascita: _____ Stato _____
 Provincia _____ Comune _____
 Residenza: Provincia _____ Comune _____
 Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

DICHIARA

- Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza e che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).
 - che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'allegato 1 del D.Lgs. 8 agosto 1994 n. 490;
 - di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;

Data _____ **Firma** _____

Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto ovvero allegare fotocopia del documento di riconoscimento