



CASE E APPARTAMENTI PER VACANZE

☐ FORMA IMPRENDITORIALE ☐ FORMA NON IMPRENDITORIALE¹

Comunicazione delle caratteristiche, dei servizi e dei prezzi per l'anno 20__

☐ 1° SEMESTRE /ANNUALE ☐ 2° SEMESTRE

01	Denominazione dell'esercizio	
02	Indirizzo dell'esercizio	Via _____ Località _____ Frazione _____ Comune _____ CAP _____
03	Recapito	Sito web _____ E-mail _____ Pec _____ Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____ Recapito negli eventuali periodi di chiusura _____ _____
04	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Gestore	Nome del titolare _____ Indirizzo/sede _____ P. Iva/C.F. _____ Nome del gestore _____ Indirizzo/sede _____ P. Iva/C.F. _____
05	SCIA/Autorizzazione	Prot _____ -Del _____ Comune/Suap di _____
06	Dipendenti	Totale _____ (di cui: a tempo parziale _____; stagionali _____)
07	Apertura	<input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Stagionale (dal-al) ² _____

¹ Art. 3 L.R. 17/2001 "proprietari che hanno la disponibilità fino ad un massimo di 3 unità abitative nel territorio regionale senza organizzazione in forma di impresa"

² Indicare (giorno e mese) uno o più periodi.

08	Unità abitative	Di cui _____ con aria condizionata n. _____ TV n. _____ Telefono n. _____ Cassette di sicur. n. _____ Asciugacapelli n. _____ Accessibili disabili ³ n. _____			
		Totale unità abitative _____ Totale camere nelle unità abitative _____			
09	Posti letto	In unità abitative, n. _____ aggiungibili n. _____ ⁴ Totale _____			
10	Servizi igienici	Di cui accessibili a disabili n. _____ Totale _____			
11	Impianti comuni – altre informazioni: <input type="checkbox"/> bicicletta <input type="checkbox"/> accettazione animali domestici <input type="checkbox"/> parcheggio proprio <input type="checkbox"/> autorimessa <input type="checkbox"/> accesso con vetture private <input type="checkbox"/> giochi per bambini <input type="checkbox"/> ascensore <input type="checkbox"/> cassetta sicurezza <input type="checkbox"/> aria condizionata <input type="checkbox"/> tennis <input type="checkbox"/> TV satellitare <input type="checkbox"/> wi-fi LINGUE STRANIERE: <input type="checkbox"/> inglese <input type="checkbox"/> francese <input type="checkbox"/> spagnolo <input type="checkbox"/> tedesco altre _____ <input type="checkbox"/> bancomat <input type="checkbox"/> carte di credito _____ <input type="checkbox"/> Altro _____				
12	Prezzi⁵ minimi e massimi pernottamento Periodo di Alta stagione dal _____ al _____				
	Unità abitative	Tipo A	Tipo B	Tipo C	Tipo D
	Periodo Min (3 gg)	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____
	Settimana (7 giorni)	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____
	Mese (30 giorni)	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____
	Periodo Max (90 gg)	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____
	Tipologie di unità abitativa presenti nella struttura:				
	Descrizione tipo A monolocale mq _____ n.posti _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo B mq _____ n.camere _____ n. posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo C mq _____ n. camere _____ n. posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo D mq _____ n. camere _____ n. posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	
	Letto aggiunto Min _____ Max _____				

³Per poter essere definito come “accessibile ai disabili” l’esercizio deve possedere i requisiti previsti dall’apposita normativa relativa al superamento e all’eliminazione delle barriere architettoniche. L.13/98 e DM LL PP 236 del 14/6/89

⁴ In base alla superficie della camera (escluso letto supplementare per bambino fino a 12 anni)

⁵ I prezzi minimi e massimi (comprensivi di servizio, riscaldamento e aria condizionata ove esistenti, imposte, servizi comuni) vanno comunicati nei termini di cui all’art. 11 della LR n. 22/2016) 1° ottobre e 1° marzo.

--

Unità abitative	Tipo E	Tipo F	Tipo G	Tipo H
Periodo Min (3 gg)	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____
Settimana (7 giorni)	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____
Mese (30 giorni)	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____
Periodo Max (90 gg)	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____	Min _____ Max _____
Tipologie di unità abitativa presenti nella struttura:				
	Descrizione tipo E monolocale mq _____ n.posti _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo F mq _____ n.camere _____ n. posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo G mq _____ n. camere _____ n. posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____	Descrizione tipo H mq _____ n. camere _____ n. posti _____ soggiorno _____ cucina _____ n. wc _____ altro _____

Da compilarsi a cura di tutte le strutture:

Il sottoscritto _____
 in qualità di _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, che le notizie di cui sopra corrispondono a verità e sono state trasmesse alla Regione Campania in osservanza alle disposizioni delle LL.RR. n. 17/2001 e n. 22/2016 art 11.

Data _____

Timbro e firma del titolare o del gestore

Da compilare soltanto se struttura in forma NON IMPRENDITORIALE

Il sottoscritto _____

in qualità di proprietario della Casa/appartamento vacanze, perfettamente consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che non è proprietario di più di tre case/appartamenti per vacanze nella regione Campania e che la gestione è effettuata in forma non imprenditoriale (senza organizzazione in forma di impresa e senza promozione pubblicitaria) ai sensi della L.R. 17/2001

Data _____ Timbro e firma _____