ALLEGATO N

Al Comune/Unione dei Comuni di
_____
_____

Sportello Unico per le Attività Produttive di
_____
_____

COMUNICAZIONE PER ESERCIZIO DI B&B NON IMPRENDITORIALE

L.R. 11/07/2006, n. 9 (art. 34 comma 1bis lettera b) e DGR 31/01/2022, n. 70 e s.m.i.

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita __ / __ / ____ Cittadinanza _____ Sesso: M |__| F |__|

Luogo di nascita : Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

Telefono_____ E-mail _____ PEC _____ *(per corrispondenza inerente la presente comunicazione)*

COMUNICA

ai sensi dell'art.34, comma 1bis lettera b) della L.R. 11/07/2006, n. 9, di iniziare l'attività di **BED & BREAKFAST**, denominato _____, nell'immobile posto nel Comune di _____, ubicato in Via _____ n. _____ Piano _____, dove (barrare la voce interessata)

- ☐ dimora.
- ☐ risiede.
- ☐ risiede da essa a distanza non superiore a 200 metri.

ed ha le seguenti caratteristiche:

- ☐ n. _____ camere;
- ☐ n. _____ bagni (Qualora le camere siano prive di bagno privato deve essere garantito un servizio igienico ogni 6 posti letto (compresi eventuali residenti o dimoranti) per unità abitativa)
- ☐ n. _____ posti letto;

eventuale unità abitativa dislocata in edificio separato, a distanza non superiore a 200 metri dalla residenza o dimora sopra indicata, nel quale sono allocate altre camere:

ubicato in Via _____ n. _____ Piano _____,

ed ha le seguenti caratteristiche:

- ☐ n. _____ camere;

- ☐ n. _____ bagni (Qualora le camere siano prive di bagno privato deve essere garantito un servizio igienico ogni 6 posti letto (compresi eventuali residenti o dimoranti) per unità abitativa)
- ☐ n. _____ posti letto;

La somma complessiva delle camere presenti nelle unità abitative ubicate negli edifici sopra indicati non deve superare il numero massimo di 3 con massimo n. 6 posti letto.

Camere

Camere singole con bagno n. ☐ Camere doppie con bagno n. ☐ Camere con più di 2 letti con bagno n. ☐ Totale camere con bagno n. ☐

Camere singole senza bagno n. ☐ Camere doppie senza bagno n. ☐ Camere con più di 2 letti senza bagno n. ☐ Totale camere senza bagno n. ☐

Totale camere n. ☐ Totale posti letto n. ☐

Servizi igienico-sanitari Servizi comuni n. ☐ Servizi privati in camera n. ☐

(completi di wc, lavabo, vasca da bagno o doccia, bidet, specchio con presa di corrente e chiamata d'allarme)

Totale servizi n. ☐

☐ Indicare il periodo di esercizio dell'attività (massimo 335 giorni nell'arco dell'anno solare, anche non continuativi)

primo semestre dal _____ al _____

secondo semestre dal _____ al _____

ESERCIZIO E DATI DELLA PROPRIETA'

Immobile: ☐ In proprietà ☐ In _____ (locazione, comodato d'uso, altro (da specificare))

dal _____ al _____ a seguito di atto n. _____ del ____/____/_____

(indicare estremi di registrazione del contratto)

Generalità proprietario _____

Indirizzo _____

Legale rappresentante _____

Struttura accessibile[1]: si ☐ no ☐

[1] Per essere considerata accessibile la struttura deve rispettare i parametri e le regole previste dalla L. 13/89 e dal D.M. 236/89

COMUNICA LA VARIAZIONE

1) ☐ della capacità ricettiva da n. camere _____ a n. camere _____
   da n. posti letto _____ a n. posti letto _____
   (la capacità ricettiva totale non può superare quella pari a n. 3 camere e n. 6 posti letto)
   indicare il codice identificativo regionale (CIR) posseduto _____
2) ☐ della denominazione dell'esercizio da _____
   a _____
   indicare il codice identificativo regionale (CIR) posseduto _____
3) ☐ della titolarità della gestione
   (indicare il nominativo della precedente titolarità _____)
   indicare il codice identificativo regionale (CIR) posseduto _____
4) ☐ del periodo di apertura (indicare il nuovo periodo):
   primo semestre dal _____ al _____
   secondo semestre dal _____ al _____
   indicare il codice identificativo regionale (CIR) posseduto _____

COMUNICA DI CESSARE L'ATTIVITA'

☐ a decorrere dal _____
indicare il codice identificativo regionale (CIR) posseduto _____

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE A

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso: M☐ F☐

Luogo di nascita : Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara di essere in possesso dei presupposti e dei requisiti di legge ed in particolare, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/00

DICHIARA

☐ per i cittadini extracomunitari, gli estremi del permesso/carta di soggiorno rilasciato per _____ in data _____/_____/_____ n. _____ da _____ con validità fino al _____/_____/_____;

- che i locali adibiti all'esercizio dell'attività sono distinti al Catasto Fabbricati del Comune relativo all'immobile con Foglio _____ particella _____ sub. _____, (per eventuale edificio separato) con Foglio _____ particella _____ sub. _____;
- che i locali posseggono i requisiti igienico-sanitari, tecnici, strutturali e funzionali minimi di cui alla DGR 31/01/2022, n. 70 e s.m.i.;
- che l'ospitalità viene garantita avvalendosi della normale organizzazione familiare;
- che è assicurato il servizio di prima colazione:
    - utilizzando prodotti tipici della zona, confezionati direttamente o acquisiti da aziende o cooperative agricole della Regione in misura non inferiore al 70 %,
    - mediante l'uso della cucina domestica;
    - effettuando la preparazione, la conservazione e la somministrazione dei prodotti alimentari in modo igienico;
- di essere in possesso di attestato di frequenza di un corso concernente la disciplina igienico-sanitaria in materia di somministrazione di alimenti e bevande secondo le modalità stabilite dalla D.G.R. 31/01/2022, n. 70 e s.m.i., rilasciato da (soggetto accreditato) _____, il _____, ovvero di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ rilasciato dal _____ il _____ come da circolare protocollo 30.3.2.7157 del 30.03.2004 della Regione Marche Servizio Veterinaria, igiene, sicurezza e qualità nutrizionale degli alimenti;

l'attestato/titolo può essere posseduto in alternativa al titolare dell'attività da un componente del nucleo familiare responsabile della somministrazione di alimenti e bevande[2];

- di garantire il rispetto delle normative fiscali e tributarie vigenti in materia;
- di impegnarsi ad adempiere agli obblighi previsti dall'articolo 43 della L.R. 11/07/2006, n. 9, dall'articolo 109 del TULPS e al pagamento della tassa di soggiorno nei Comuni ove sia prevista tale imposta;
- di essere esente da qualsiasi causa ostativa di cui all'articolo 11 del T.U.L.P.S. (requisiti morali);
- di non essere già gestore di un esercizio di Bed and breakfast;
- di impegnarsi ad indicare il codice identificativo regionale (CIR) che verrà attribuito attraverso la piattaforma regionale ISTRICE-ROSS1000 in ogni forma di pubblicità, promozione e commercializzazione con scritti o stampati o supporti digitali relativi all'attività di bed and breakfast.

REGIONE MARCHE

PREZZI MASSIMI GIORNALIERI CAMERE

==========

Comprensivi di: Pulizia locali ad ogni cambio di cliente e almeno due volte alla settimana. Cambio biancheria ad ogni cambio di cliente e almeno una volta alla settimana. Fornitura costante di energia elettrica, acqua calda e riscaldamento, uso dei bagni comuni e privati e servizio di prima colazione

Camera Singola giornaliero		**Camera Doppia giornaliero**	
Senza bagno privato *Prezzo Massimo* €	**Con bagno privato** *Prezzo Massimo* €	**Senza bagno privato** *Prezzo Massimo* €	**Con bagno privato** *Prezzo Massimo* €

Camera con più letti giornaliero	
Senza bagno privato *Prezzo Massimo* €	**Con bagno privato** *Prezzo Massimo* €

[2] Titoli alternativi posseduti: addetti in possesso del diploma di scuola media superiore e del diploma di laurea in discipline attinenti l'igiene dei prodotti alimentari (laurea in medicina e chirurgia, in medicina veterinaria, in biologia, in scienze dell'alimentazione, in scienze e tecnologie alimentari, diploma di dietista, diploma di scuola alberghiera, diploma di tecnico della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro), infermieri, OSS-ex OTA, coloro che abbiano già partecipato a corsi per l'iscrizione al registro delle imprese (di commercio, turistiche), coloro che abbiano già frequentato un corso sulle problematiche igienico-sanitarie HACCP.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

- è stato compilato anche il QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE A (*da compilare da parte del titolare)*
- DI ALLEGARE
  - Planimetria della/e unità abitativa/e oggetto della comunicazione;
  - attestato di partecipazione al corso concernente la disciplina igienico-sanitaria in materia di somministrazione di alimenti e bevande intestato al titolare o a componente del medesimo nucleo familiare responsabile per la somministrazione di alimenti e bevande;
  - altro _____ .

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 19 comma 6 della legge n. 241/1990 nonché dal capo VI del D.P.R. n. 445/2000.

Informativa sul trattamento dei dati personali

Il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 provvede alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e la base giuridica del trattamento (ai sensi degli articoli 6 e/o 9 del Regolamento 2016/679/UE) è la L.R. n. 9/2006, l'art. 86 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza approvato con il R.D. n. 773/31 e relativo Regolamento approvato con R.D. n. 635/40. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

Modalità di trattamento. I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici. Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è per fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale), il tempo stabilito dai regolamenti per la gestione procedimentale e documentale e da leggi e regolamenti in materia.

Ambito di comunicazione. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica e cancellazione, di limitazione del trattamento, di opposizione e alla portabilità dei dati come previsto degli artt. 15-16-17-18-20 e 21 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al SUAP.

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Con riferimento a procedimenti ad interesse di parte il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo e la loro mancata indicazione comporta quindi l'impossibilità di beneficiare del servizio ovvero della prestazione finale.

Titolare del trattamento dei dati: SUAP di _____

nella persona del _____

indirizzo mail/PEC _____

Responsabile del Trattamento dei dati *(eventuale)*

nella persona del _____

indirizzo mail/PEC _____

Responsabile della protezione dei dati: _____

nella persona del _____

indirizzo mail/PEC _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data ____/____/_____

FIRMA del Titolare

_____