



# Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta (L.R. 15/2015)

## COMUNICAZIONE PREZZI STRUTTURE RICETTIVE ANNO 2025

(D.M. 16/10/1991 su G.U. 28/10/1991 n. 253)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 - D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di: Titolare  Rappresentante legale  Altro  \_\_\_\_\_  
della Società / Ditta individuale \_\_\_\_\_,  
con sede a \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Partita I.V.A.: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ P.E.C.: \_\_\_\_\_

avente diritto a norma di legge e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000,

#### ASSEVERA I SEGUENTI DATI:

Denominazione della struttura ricettiva: \_\_\_\_\_  
C.I.R. - (Codice Identificativo Regionale): \_\_\_\_\_  
Tipologia:  RESIDENZA TURISTICO-ALBERGHIERA -  RESIDENZA TURISTICO-RESIDENZIALE  
Classifica ottenuta:  2 stelle  3 stelle  4 stelle  
Sita a \_\_\_\_\_ c.a.p.: \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_  
Sito Internet: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ P.E.C.: \_\_\_\_\_  
Titolare dell'autorizzazione: Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Gestore/direttore dell'attività \_\_\_\_\_  
Sede della gestione/o domicilio del titolare: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
SCIA/Autorizzazione Codice n. \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Rilasciata dal Comune/Suap di: \_\_\_\_\_  
Data inizio attività: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Anno di costruzione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Anno di ultima ristrutturazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Personale dipendente: (rif. anno precedente): Fisso n. \_\_\_\_\_ Stagionale n. \_\_\_\_\_  
Indirizzo nei periodi di chiusura: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Sono garantite le condizioni di visitabilità fissate all'art.5, punto 5.3 (resid.) del D.M. n. 236/89: SI  NO   
Nella struttura non sono intervenute variazioni dall'ultima classificazione: SI  NO   
Se sì, indicare le variazioni intervenute nella struttura: \_\_\_\_\_

Frequenza dei servizi: Servizio di portineria \_\_\_\_ / **24 ore**  
Servizio di pulizia assicurato n. \_\_\_\_ volte alla settimana  
Servizio cambio biancheria assicurato n. \_\_\_\_ volte alla settimana  
Servizio di manutenzione delle unità abitative SI  NO

Apertura dell'esercizio: Apertura Annuale: SI  NO  - Apertura Stagionale SI  NO

Se stagionale indicare i periodi: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a) ad apertura annuale quando effettua un periodo di attività di almeno 9 mesi, anche non consecutivi; b) ad apertura stagionale quando effettua un periodo di attività inferiore a 9 mesi, anche non consecutivi, con un minimo di cinque mesi.)

#### Caratterizzazione turistico-geografica:

Centro storico  Periferia  Zona campagna  Zona mare   
Zona stazione  Zona aeroporto  Altro

Il sottoscritto dichiara che i prezzi che saranno applicati nell'anno sono quelli indicati nella tabella sottostante:

<b>Prezzi delle unità abitative e attrezzature per l'anno 2025</b> (prezzi con arrotondamento all'euro, comprensivi dei servizi essenziali per il soggiorno di cui alla legge regionale di riferimento, uso degli accessori delle case e appartamenti, servizio, IVA e Imposte)											
<b>Denominazione della struttura:</b>											
Tipo casa o Appartamento (Monolocale, bilocale, trilocale, quadrilocale)	Indirizzo completo	Dotazioni	N. Posti letto	N. Locali escluso bagni e cucina in vano distinto	CUCINA		PREZZI (periodo minimo di permanenza: _____ gg)				
					In vano distinto	Angolo cottura	Periodi	Bassa Stagione		Alta Stagione o Unica	
		TV <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 giorno 7 giorni 1 mese	min max	min max	min max	min max
		TV <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 giorno 7 giorni 1 mese	min max	min max	min max	min max
		TV <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 giorno 7 giorni 1 mese	min max	min max	min max	min max
		TV <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 giorno 7 giorni 1 mese	min max	min max	min max	min max
		TV <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 giorno 7 giorni 1 mese	min max	min max	min max	min max

Alta Stagione: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SUPPLEMENTI E RIDUZIONI**

- Supplemento per camera doppia uso singola € \_\_\_\_\_
- Riduzione sul prezzo per minori di 3 anni in culla o letto aggiunto € \_\_\_\_\_
- Riduzione gruppi organizzati composti di almeno dieci persone € \_\_\_\_\_
- Riduzione per periodo di soggiorno continuativo pari o superiore a 15 giorni € \_\_\_\_\_
- Riduzione bambini al di sotto di 6 anni € \_\_\_\_\_
- Guide, accompagnatori e interpreti al seguito dei gruppi organizzati € \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del dichiarante**

**Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta (L.R. 15/2015)**

**Visto:**

**Il Responsabile del Servizio**

**Il Dirigente**

\_\_\_\_\_

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità