



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 _____

codice fiscale _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

in qualità di: Titolare Gestore Altro _____ della struttura ricettiva

denominata _____,

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:

C.I.R. - Codice Identificativo Regionale: _____

Tipologia: CASA PER FERIE OSTELLO PER LA GIOVENTU' - Classificazione Unica a 1 Stella

Via: _____ n. _____

Comune: _____ Prov.: _____ c.a.p.: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

E- mail: _____

PEC: _____

Sito Internet: _____

Titolare dell' Autorizzazione: Cognome _____ Nome _____

Ente pubblico / Associazione / Ente religioso: _____

(anche enti o aziende per il soggiorno dei propri dipendenti e familiari)

Partita Iva: _____

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. _____

Nella struttura non sono intervenute variazioni dall'ultima classificazione: SI NO

Se si, indicare le variazioni intervenute nella struttura: _____

Sono garantite le condizioni di visitabilità di cui al D.A.3098/2018: SI NO

Apertura dell'esercizio:

Apertura Annuale: SI NO

Apertura Stagionale: SI NO

Se stagionale indicare i periodi: dal _____ al _____
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.)

Indirizzo nei periodi di chiusura: Via _____ Comune _____
c.a.p. _____ Tel. _____ Cell. _____

Permanenza degli ospiti: Durata minima giorni n. _____ Durata massima giorni n. _____

Soggetti che possono utilizzare la struttura: _____

Camere e capacità ricettiva:

n. _____ camere fino a 4 posti letto, di cui n. _____ camere con servizi igienici privati
n. _____ camere con oltre 4 posti letto, di cui n. _____ camere con servizi igienici privati

Totale camere n. _____

Totale posti letto n. _____

Numero dei locali comuni di soggiorno n. _____

Servizi igienici comuni: W.C. n. _____ Bagni con docce n. _____ Lavabi n. _____

Impianti, attrezzature e servizi della struttura ricettiva (indicare con una x solo i servizi esistenti):

- | | | |
|--|--|---|
| AH – Accessibilità portat.di handicap (1) <input type="checkbox"/> | TE – Telefono ad uso degli ospiti..... <input type="checkbox"/> | Altre lingue <input type="checkbox"/> |
| AS – Ascensore..... <input type="checkbox"/> | PY – Pronto soccorso in locale infermeria <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BA – Bar <input type="checkbox"/> | AC – Aria Condizionata <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SE – Tavola Calda..... <input type="checkbox"/> | AV – Accesso a vetture private <input type="checkbox"/> | Altri impianti attrezzature e servizi |
| RI – Ristorante <input type="checkbox"/> | LI – Lingua Inglese <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PP – Parco proprio o giardino <input type="checkbox"/> | LF – Lingua Francese <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ST – Sala Televisione separata <input type="checkbox"/> | LS – Lingua Spagnola <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CO – Cucina di uso comune <input type="checkbox"/> | LT - Lingua Tedesca <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(1) Per poter essere definito come accessibile ai portatori di handicap, l'esercizio deve possedere i requisiti previsti dalla normativa relativa al superamento e all'eliminazione delle barriere architettoniche.

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

Prezzi con arrotondamento all'Euro (Comprensivi di servizio, riscaldamento, aria condizionata ove presente, uso dei servizi e dei bagni comuni, IVA e imposte)

| TABELLA PREZZI PER L'ANNO 2025 | | | | | | | | |
|---|---|-----|-----------------------|-----|---|-----|-----------------------|-----|
| Casa per ferie <input type="checkbox"/> | Ostello della Gioventù <input type="checkbox"/> | | | - | Classificazione Unica a 1 Stella | | | |
| Denominazione della struttura: | | | | | | | | |
| Prezzi distinti per Camera | | | | | | | | |
| | Posto letto in camera senza bagno privato | | | | Posto letto in camera con bagno privato | | | |
| | Senza 1ª colazione | | 1ª colazione compresa | | Senza 1ª colazione | | 1ª colazione compresa | |
| | Min | Max | Min | Max | Min | Max | Min | Max |
| Bassa stagione | | | | | | | | |
| Alta stagione o unica | | | | | | | | |
| | ½ Pensione a persona | | | | Pensione completa a persona | | | |
| | Min | Max | Min | Max | Min | Max | Min | Max |
| Bassa stagione | | | | | | | | |
| Alta stagione o unica | | | | | | | | |
| Periodo di alta Stagione: dal / / al / / dal / / al / / dal / / al / / | | | | | | | | |
| Pasti a prezzo fisso senza bevande: Prima colazione € _____ (quando non compresa) Pranzo € _____ Cena € _____ | | | | | | | | |

Le camere possono essere singole, doppie, triple e quaduple. Eventuali letti aggiunti sono ammessi solo nelle doppie e nelle triple e, comunque, entro la capienza massima dell'esercizio.

Uso cucina – supplemento per posto letto a richiesta del cliente (prima di compilare leggere la nota (1))

- A) In Appartamento 1 o unico con posti letto n. _____ : supplemento giornaliero per posto letto € _____
B) In Appartamento 2 o unico con posti letto n. _____ : supplemento giornaliero per posto letto € _____
C) Uso cucina comune a camera ubicate in 2 appartamenti con complessivi posti letto n. _____ : supplemento giornaliero per posto letto € _____

(1) Compilare solo la voce A) se l'esercizio si compone di camere ubicate in un solo appartamento.

Compilare solo le voci A) e B) se l'esercizio si compone di camere ubicate in due appartamenti ognuno dei quali dotato di distinta cucina ad uso dei clienti.

Compilare solo la voce C) se l'esercizio si compone di camere ubicate in due appartamenti e la cucina è in comune, cioè è presente in uno solo di essi ma è utilizzabile anche dai clienti dell'altro appartamento.

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

Allegare fotocopia del documento d'identità in corso di validità

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

Visto:

Il Responsabile del servizio

Il Dirigente