



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.: _____ C.I.N.: _____
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 si, 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:

Prezzi delle unità abitative e attrezzature per l'anno 2025 (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)											
Denominazione della struttura:											
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	
								min	max	min	max
		TV <input type="checkbox"/>					1 giorno				
		Telefono <input type="checkbox"/>					7 giorni				
		Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 mese				
		TV <input type="checkbox"/>					1 giorno				
		Telefono <input type="checkbox"/>					7 giorni				
		Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 mese				
		TV <input type="checkbox"/>					1 giorno				
		Telefono <input type="checkbox"/>					7 giorni				
		Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 mese				
		TV <input type="checkbox"/>					1 giorno				
		Telefono <input type="checkbox"/>					7 giorni				
		Aria condizionata <input type="checkbox"/>					1 mese				

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