

In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale



Relazione descrittiva della struttura ricettiva di affittacamere

Il sottoscritto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

ricettività della struttura principale

Numero totale camere

Numero posti letto

Numero servizi igienici (bagni)

Camera	Numero camere	Superficie	Numero posti letto	Servizi igienici
<input type="checkbox"/> camere singole		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> camere doppie		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> camere triple		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>		m <sup>2</sup>		

☐ ulteriore ricettività delle dipendenze

P.T. o U.I.U.

Cod. cat.

Sezione

Foglio

Particella

Subalterno

Categoria

Visura



Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP



Numero totale camere

Numero posti letto

Numero servizi igienici (bagni)

Camera	Numero camere	Superficie	Numero posti letto	Servizi igienici
<input type="checkbox"/> camere singole		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> camere doppie		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> camere triple		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>		m <sup>2</sup>		

☐ **ulteriore ricettività delle dipendenze**

P.T. o U.I.U.

Cod. cat.

Sezione

Foglio

Particella

Subalterno

Categoria

Visura

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Numero totale camere		Numero posti letto		Numero servizi igienici (bagni)	
Camera		Numero camere	Superficie	Numero posti letto	Servizi igienici
<input type="checkbox"/>	camere singole		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>	camere doppie		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>	camere triple		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>		

☐ **ulteriore ricettività delle dipendenze**

P.T. o U.I.U.

Cod. cat.

Sezione

Foglio

Particella

Subalterno

Categoria

Visura

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Numero totale camere		Numero posti letto		Numero servizi igienici (bagni)	
Camera		Numero camere	Superficie	Numero posti letto	Servizi igienici
<input type="checkbox"/>	camere singole		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>	camere doppie		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>	camere triple		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>		

☐ **ulteriore ricettività delle dipendenze**

P.T. o U.I.U.

Cod. cat.

Sezione

Foglio

Particella

Subalterno

Categoria

Visura

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Numero totale camere		Numero posti letto		Numero servizi igienici (bagni)	
Camera		Numero camere	Superficie	Numero posti letto	Servizi igienici
<input type="checkbox"/>	camere singole		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>	camere doppie		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>	camere triple		m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>		

Luogo

Data

il dichiarante