



**In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale**

**Relazione descrittiva della struttura ricettiva per case per ferie, ostelli e rifugi**

**Il sottoscritto**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>
----------------	-------------	-----------------------

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 veritiera e di falsità in atti,

**DICHIARA**

**classificazione della struttura**

Numero stelle (solo per ostelli della gioventù)

Atto della Provincia di classificazione della struttura	Numero	Data	Ente di riferimento
Deliberazione della Giunta Provinciale			

**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		$m^2$		
<input type="checkbox"/> camere doppie		$m^2$		
<input type="checkbox"/> camere triple		$m^2$		
<input type="checkbox"/>		$m^2$		
<input type="checkbox"/>		$m^2$		

**ulteriore ricettività delle dipendenze**

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							<input type="checkbox"/>
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano

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

**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
							<input type="checkbox"/>
							SNC
							CAP

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

Numero totale camere	Numero posti letto	Numero servizi igienici (bagni)
<b>Camera</b>	<b>Numero camere</b>	<b>Superficie</b>
<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
							<input type="checkbox"/>
							SNC
							CAP

Numero totale camere	Numero posti letto	Numero servizi igienici (bagni)
<b>Camera</b>	<b>Numero camere</b>	<b>Superficie</b>
<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
-------	------	----------------