

**COMUNICAZIONE PROSECUZIONE ATTIVITA' BED & BREAKFAST**

(art. 4, comma 4, legge regionale 17/2001)

**Al Comune di CASARANO**

**075016**

**UFFICIO COMMERCIO**

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome  Nome

C. F.

Data di nascita       cittadinanza  sesso M  F

Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune

Residenza: Provincia  Comune

Via, P.zza, ecc  nr  C.A.P.

Telefono  cellulare

**In qualità di :**

**Titolare dell'omonima impresa individuale**

PARTITA IVA (se già iscritto)

n. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto)  CCIAA di

**Legale rappresentante della ditta/società:**

C. F.

PARTITA IVA (se diversa dal codice fiscale)

denominazione o ragione sociale

con sede nel Comune di  Provincia di

Via/piazza  nr.  C.A.P.

n. di iscrizione al Registro Imprese  CCIAA di

C  
O  
M  
P  
I  
L  
A  
R  
E  
  
I  
N  
  
S  
T  
A  
M  
P  
A  
T  
E  
L  
L  
O

**in relazione all'art. 4, comma 4, legge regionale 17/2001**

perfettamente conscio delle responsabilità conseguenti alle dichiarazioni mendaci o alle false attestazioni e dei loro effetti - artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la personale responsabilità

**COMUNICA**

che per l'anno

**il bed e breakfast denominato**

ubicato in questo Comune in

Via, P.zza, ecc  nr

foglio catastale nr.  particella

effettuerà i seguenti periodi di apertura:

dal       
dal       
dal       
dal

al       
al       
al       
al

e che i prezzi praticati saranno da

Minimo €    ,

Massimo €    ,

- che la capacità ricettiva è rimasta invariata  è così variata

nr.   camere ammobiliate con nr.   posti letto e nr.   bagni completi di: wc, lavabo

Così distribuite

nr. <input type="text"/> <input type="text"/> camere singole	<input type="checkbox"/> con annessi servizi igienici	<input type="checkbox"/> con servizi igienici in comune
nr. <input type="text"/> <input type="text"/> camere doppie	<input type="checkbox"/> con annessi servizi igienici	<input type="checkbox"/> con servizi igienici in comune
nr. <input type="text"/> <input type="text"/> camere triple	<input type="checkbox"/> con annessi servizi igienici	<input type="checkbox"/> con servizi igienici in comune
nr. <input type="text"/> <input type="text"/> camere quaduple	<input type="checkbox"/> con annessi servizi igienici	<input type="checkbox"/> con servizi igienici in comune

*Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti d. lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Data

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

### **AVVERTENZA**

**LA PRESENTE COMUNICAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA ENTRO IL 1° OTTOBRE DI OGNI ANNO.**