



**REGIONE
PUGLIA**



**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DEL TERRITORIO, DEI SAPERI E DEI TALENTI**

SERVIZIO TURISMO



BED & BREAKFAST

Comunicazione dell'attrezzatura e dei prezzi per l'anno _____ 1° semestre 2° semestre annuale

variazione _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA:										
<input type="checkbox"/> IMPRENDITORIALE										
<input type="checkbox"/> FAMILIARE										
INDIRIZZO DELLA STRUTTURA										
Via				N.		Comune			CAP	
Prov.		Frazione			Localita'					
Tel.			Tel			Cell		Fax		
email					Sito web					
PEC										
TITOLARE LICENZA (in caso di società riportare i dati del rappresentante):										
Estremi licenza comunale: N.					del					
SCIA:					data di consegna:					
Nome del Titolare					Cognome del Titolare					
Nato il				Comune di			Prov.			
Residente in				Comune di			Prov.			
Codice Fiscale				Telefono			Data inizio attività:			
Tipo di impresa:	<input type="checkbox"/> impresa individuale		<input type="checkbox"/> impresa familiare		<input type="checkbox"/> cooperativa		<input type="checkbox"/> società di fatto			
	<input type="checkbox"/> S.r.l.		<input type="checkbox"/> S.a.s.		<input type="checkbox"/> S.n.c.		<input type="checkbox"/> S.p.A.			
In caso di SOCIETA': Ragione Sociale/denominazione							P.IVA			
Sede nel Comune di				Prov.		Indirizzo			CAP	
GIORNI DI APERTURA: FAMILIARE (> 90 e < 270): N.					IMPRENDITORIALE (<= 365/366): N.					
Periodi di apertura (nel formato GG/MM)										
Dal		al		Dal		al		Dal		al
Dal		al		Dal		al		Dal		al
INDIRIZZO NEL PERIODO DI CHIUSURA										
Nominativo				Via			Comune		CAP	
Prov.		Frazione			Tel.			Fax		
PROPRIETARIO: Nome					Cognome					
Indirizzo					Prov.		Comune		CAP	
TITOLO DI DISPONIBILITA' DELLA STRUTTURA: <input type="checkbox"/> in proprietà <input type="checkbox"/> in affitto <input type="checkbox"/> altro -----										
PERIODI DI ALTA STAGIONE (nel formato GG/MM)										
Dal		al		Dal		al		Dal		al
RICETTIVITA' (se FAMILIARE: camere <= 3; posti letto <= 9; se IMPRENDITORIALE: camere <= 6; posti letto <= 18)										
CAMERE SINGOLE		Con bagno N.			Senza bagno N.					
CAMERE DOPPIE		Con bagno N.			Senza bagno N.					
CAMERE TRIPLE		Con bagno N.			Senza bagno N.					
CAMERE QUADRUPLE		Con bagno N.			Senza bagno N.					
RIEPILOGO – NUMERO TOTALE DI:										
CAMERE:				LETTI:						
BAGNI PRIVATI:				BAGNI COMUNI:			BAGNI:			



**REGIONE
PUGLIA**



**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DEL TERRITORIO, DEI SAPERI E DEI TALENTI**

SERVIZIO TURISMO



PREZZI CAMERE GIORNALIERI (per camera)																
Comprensivi di: prima colazione, pulizia locali, cambio biancheria ad ogni cambio di cliente ed almeno una volta alla settimana, luce, acqua, riscaldamento, uso dei servizi e dei bagni comuni, uso degli accessori esistenti nelle camere e nei bagni, IVA																
Stag.	Camera Singola				Camera Doppia				Camera Tripla				Camera Quadrupla			
	Senza bagno		Con bagno		Senza bagno		Con bagno		Senza bagno		Con bagno		Senza bagno		Con bagno	
	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max
Bassa																
Alta/ Unica																
PREZZI CAMERE GIORNALIERI (per PERSONA)																
Comprensivi di: prima colazione, pulizia locali, cambio biancheria ad ogni cambio di cliente ed almeno una volta alla settimana, luce, acqua, riscaldamento, uso dei servizi e dei bagni comuni, uso degli accessori esistenti nelle camere e nei bagni, IVA																
Stag.	Camera Singola				Camera Doppia				Camera Tripla				Camera Quadrupla			
	Senza bagno		Con bagno		Senza bagno		Con bagno		Senza bagno		Con bagno		Senza bagno		Con bagno	
	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max
Bassa																
Alta/ Unica																
SUPPLEMENTI (prezzi giornalieri per persona)																
Camera doppia uso singola							Da:					A:				
Aria condizionata (se non inclusa)							Da:					A:				
Vista panoramica							Da:					A:				
Altro																

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 per la falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace,

DICHIARA CHE

- conformemente a quanto disposto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 573 del 2-4-2014, i servizi inerenti la propria struttura sono esclusivamente quelli indicati nel Destination Management System (DMS). SI NO
- i servizi dichiarati sono conformi a quelli riportati nella licenza di esercizio/SCIA SI NO
- la struttura è in regola con le prescrizioni contenute nella vigente normativa (L. 13/89; D.M. LL.PP. n.236/89; L.104/92; D.P.R. 503/96) in materia di accessibilità, adattabilità e visitabilità degli edifici ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche. SI NO

Il sottoscritto autorizza con la presente dichiarazione il trattamento dei dati in essa contenuti ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003.

Data _____ Firma _____