



<i>Protocollo</i>	<i>Spese di istruttoria</i>
N. QA/2018/52621 del 20/11/2018	Rev. n° _____ Euro _____ Data ___/___/___
Responsabile del procedimento: FORMAI GIULIA	

OGGETTO: GUEST HOUSE O AFFITTACAMERE - S.C.I.A. SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'

A norma degli art. 21, 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 (T.U.), consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la sua persona responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), dichiara:

DICHIARANTE

Denominazione o ragione sociale: **LE GHIANDE S.R.L.S. SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA SEMPLIFICATA**

N. di iscrizione al Registro Imprese: **1470203** CCIAA di: **RM**

Natura giuridica: **SOC.RESP.LIM.SEMPL.(SRLS)**

Cod.fiscale: **13748551002** Partita IVA: **13748551002**

Sede Legale

Via/piazza: * **VIA GIUSEPPE NICOLINI** n. 4

CAP: * **00124** Comune: * **ROMA** Prov. **RM**

Recapiti:

Email: **LEGHIANDEINFERNETTO@GMAIL.COM** PEC: **LEGHIANDESRLS@PEC.IT**

Telefono: **0650914763** Cellulare: _____ Fax: _____

NOMINATIVI

Ruolo: **LEGALE RAPPRESENTANTE**

Cognome: **MIGLIORE** Nome: **MATTEO**

Codice Fiscale: **MGLMTT88P08H501M**

Sesso: **M** Cittadinanza: **ITALIANA**

Dati di nascita

Data: **08/09/1988** Comune: * **ROMA** Prov. **RM**

Residenza

Via/piazza: * **VIA SALORNO** n. **64** / /D

CAP: * **00124** Comune: * **ROMA** Prov. **RM**

Recapiti

Email: **MIGLIOREMATTEO@ARUBA.IT** PEC: _____

Telefono: **3311511018** Cellulare: _____ Fax: _____

Permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ il
___/___/___ con scadenza il ___/___/___ (se cittadino non appartenente a Unione Europea).

INTERMEDIARIO

Denominazione o ragione sociale: **SANTONI BEATRICE**

N. di iscrizione al Registro Imprese: _____ CCIAA di: _____

Natura giuridica: **DITTA INDIVIDUALE**

Cod.fiscale: **12176351000** Partita IVA: **12176351000**

Sede Legale

Via/piazza: * **PIAZZA S. LEONARDO DA PORTO MAURIZIO** n. 3

CAP: * 00125 Comune: * ROMA Prov. RM

Recapiti:

Email: **BEATRICESANTONI@HOTMAIL.COM** PEC: **BEATRICESANTONI@HOTMAIL.COM**

Telefono: **0652357011** Cellulare: _____ Fax: **3286299864**

NOMINATIVI

Ruolo: **LEGALE RAPPRESENTANTE**

Cognome: **SANTONI** Nome: **BEATRICE**

Codice Fiscale: **SNTBRC79L63H501J**

Sesso: **F** Cittadinanza: _____

Dati di nascita

Data: **23/07/1979** Comune: * ROMA Prov. RM

Residenza

Via/piazza: * **VIA GIULIO ROLLAND** n. 3

int. **2**

CAP: * 00125 Comune: * ROMA Prov. RM

Recapiti

Email: **BEATRICESANTONI@HOTMAIL.COM** PEC: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____ Fax: _____

Permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ il
___/___/___ con scadenza il ___/___/___ (se cittadino non appartenente a Unione Europea).

RECAPITO COMUNICAZIONI DEL TITOLARE

PEC: **leghiandesrls@pec.it**

Telefono: **0650914763** Cellulare: _____ Fax: _____

Via/piazza: * **VIA GIUSEPPE NICOLINI** n. 4

int. **2**

CAP: * 00124 Comune: * ROMA Prov. RM

presso **LE GHIANDE S.R.L.S.**

Procedimento S.C.I.A. Guest House o Affittacamere

con la presente si segnala

- Inizio nuova attività*
 Modifica attività esistente

Procedimento S.C.I.A. Guest House o Affittacamere (altro)

indicare l'oggetto della Segnalazione Certificata di Inizio Attività

- B) l'attività di Guest House o Affittacamere a seguito di ristrutturazione
 C) l'attività di Guest House o Affittacamere con cambio classificazione
 D) l'attività di Guest House o Affittacamere con cambio di denominazione dell'esercizio
 E) l'attività di Guest House o Affittacamere per subentro nell'esercizio
 F) l'attività di Guest House o Affittacamere a seguito dell'avvenuta seguente modifica societaria
 G) l'attività di Guest House o Affittacamere a seguito della modifica del Legale Rappresentante
 H) l'attività di Guest House o Affittacamere con modifica del servizio di somministrazione di bevande ed alimenti
 I) l'attività di Guest House o Affittacamere a seguito di cambio di/dei soggetto/i preposto/i alla gestione dell'esercizio
 J) l'attività di Guest House o Affittacamere a seguito di nuovo inserimento di/dei soggetto/i preposto/i alla gestione dell'esercizio

Somministrazione Guest House o Affittacamere (Modifica attività esistente G)

selezionare una opzione

- senza somministrazione di bevande ed alimenti**
 con servizio di somministrazione di bevande ed alimenti

Gestione dell'esercizio

la gestione dell'esercizio avviene:

- tramite il sottoscritto**
 tramite soggetto preposto

Posti letto Guest House o Affittacamere

indicare la capacità ricettiva

- inferiore ai 25 posti letto**
 superiore ai 25 posti letto

UBICAZIONE ATTIVITÀ GUEST HOUSE O AFFITTACAMERE

- indirizzo Guest House o Affittacamere

Indirizzo: * **VIA GIUSEPPE NICOLINI n. 4**

scala: * **0** int. * **0** / ____ lotto: _____ edificio: _____

Municipio: **Municipio X - Ostia (ex Mun XIII)** ASL: **ASL RM/3**

CAP: * **00124** Comune: **ROMA** Prov. **(RM)**

ESTREMI AR1 IMPATTO ACUSTICO

- modello AR1
protocollo n. * **QD/2016/22114**
presentato il * **20/04/2016**

POLIZZA ASSICURATIVA

- dichiara di aver stipulato apposita assicurazione per i rischi di responsabilità civile nei confronti dei clienti ospiti

ALLEGA INOLTRE (MODIFICA ATTIVITÀ)

- Denuncia di smarrimento del titolo autorizzativo
n. * _____
del * ___/___/_____
 Si allega: * **copia denuncia di smarrimento titolo**

- inserire descrizione
specificare * _____
 Si allega: * **copia altro atto**

MODIFICA LEGALE RAPPRESENTANTE

estremi*

da *

MIGLIORE MAURIZIO

a *

MIGLIORE MATTEO

GLI ATTI DI TRASFORMAZIONE SOCIETARIA O CAMBIO DI RAPPRESENTANTE

trasformazione societaria o cambio di rappresentante a seguito di

Atto * **VERBALE DI ASSEMBLEA**

del * **26/06/2017**

n. * **0**

- Si allega: * **copia atto trasformazione societaria**

CLASSIFICAZIONE DELL'ESERCIZIO DI GUEST HOUSE O AFFITTACAMERE NUOVA APERTURA - MODIFICA

- classificazione dichiarata dal titolare

categoria

- Categoria 1
 Categoria 2

Categoria 3

Si allega la tabella riepilogativa dei requisiti minimi funzionali e strutturali attestanti il possesso della classificazione indicata

Si allega: * **Tabella Riepilogativa Classificazione**

RISPETTO DELLE NORMATIVE IN MATERIA AMBIENTALE, EDILIZIA, URBANISTICA, IGIENICO-SANITARIA E DI SICUREZZA

- che risulta confermato il possesso e la vigenza dei titoli inerenti il rispetto delle normative in materia ambientale, edilizia, urbanistica, igienico-sanitaria e di sicurezza

autorizzazione amministrativa, precedentemente vigente

n. * _____

del * __/__/____

dichiarazione di inizio attività, precedentemente vigente

n. * _____

del * __/__/____

segnalazione certificata di inizio attività, precedentemente vigente

n. * **QD/2016/22114**

del * **20/04/2016**

DISPONIBILITÀ LOCALI

- di avere la disponibilità dei locali

TITOLI PRECEDENTI

Il sottoscritto si impegna, entro il termine di 10 giorni, ad effettuare la restituzione dell'originale della precedente autorizzazione amministrativa rilasciata dal Comune di Roma

modalità di restituzione

di persona o tramite suo delegato presso lo Sportello Attività Ricettive

mediante raccomandata A.R.

protocollo * _____

del * __/__/____

che la presente segnalazione sostituisce la precedente

selezionare un valore

DIA

SCIA

protocollo n. * **QD/2016/22114**

del * **20/04/2016**

che la precedente autorizzazione amministrativa è stata smarrita e si allega denuncia

Si allega: * **copia denuncia di smarrimento autorizzazione amministrativa**

COMUNICAZIONE AL CONDOMINIO

Copia della comunicazione all'Amministratore del Condominio tramite Raccomandata A/R

Si allega: * **Copia comunicazione all'Amministratore**

Si allega: * **Copia ricevuta di ritorno A/R**

Copia della comunicazione al condominio riportante la firma ed il timbro dell'Amministratore "per ricevuta"

Si allega: * **Copia comunicazione all'Amministratore**

dichiaro che i locali oggetto dell'attività sono ubicati in stabile privo di Condominio

INFORMAZIONI ESERCIZIO DI GUEST HOUSE O AFFITTACAMERE

denominazione*

denominazione * **GUEST HOUSE O AFFITTACAMERE LE GHIANDE**

composto da camere

numero camere * 4
singole * 0
doppie * 4
triple * 0
quadruple * 0
quintuple * 0
sestupole * 0
totale posti letto * 8
Note

4 CAMERE DOPPIE CON SUPERFICIE > = 14 MQ, TOTALE POSTI LETTO 8

che, nel rispetto dell'art.40 del Regolamento di Edilizia, l'immobile è dotato di ambiente soggiorno con superficie non inferiore a 14 mq. e che in tale vano non sono ubicati posti letto come previsto dal Regolamento Regionale n.8/2015

OGGETTO SOCIALE GUEST HOUSE O AFFITTACAMERE

che l'attività ricettiva di Guest House o Affittacamere è oggetto dell'Impresa e che ciò risulta attestato dalle registrazioni e dalle certificazioni dei competenti uffici

PERIODO DI APERTURA

apertura annuale

periodo di apertura

Dal * _____

SERVIZI ACCESSORI

con i seguenti servizio accessori

descrizione * _____

IMPATTO ACUSTICO ATTIVITÀ RICETTIVA DI GUEST HOUSE O AFFITTACAMERE

dichiara che l'attività viene esercitata nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di impatto acustico*

PREVENZIONE INCENDI (CON CAPACITÀ RICETTIVA INFERIORE AI 25 POSTI LETTO)

che per l'unità immobiliare sopra indicata non occorre il rilascio del Certificato Prevenzioni Incendi, in quanto struttura con capacità ricettiva inferiore ai 25 posti letto, e che sono state adottate tutte le disposizioni di sicurezza di cui al Titolo III del D.M. 9 aprile 1994 e successive modifiche ed integrazioni

OBBLIGHI DI ISCRIZIONE ALLA TARIFFA RIFIUTI

che sono stati assolti gli obblighi di iscrizione alla Tassa Rifiuti per i locali e per l'esercizio dell'attività ricettiva oggetto della presente segnalazione (se inoltrata via fax, allegare copia dello stesso e la ricevuta di avvenuta trasmissione)

indicare se in possesso del Codice Utente oppure se l'iscrizione è avvenuta tramite fax

Codice Utente **20159856**

copia fax **copia fax iscrizione AMA**

Data iscrizione

NOTE

di seguito possono essere inserite delle note

campo libero

SCIA VARIAZINE AMMINISTRATORE DA MIGLIORE MAURIZIO, A MIGLIORE MATTEO

SI ALLEGA:

- CAMERA DI COMMERCIO AGGIORNATA
- VERBALE DI NOMINA NUOVO AMMINISTRATORE
- SCIA GUEST HOUSE PRECEDENTE

DATI PER PUBBLICITÀ 060608

Le informazioni di seguito riportate saranno pubblicate sul portale www.060608.it. Qualunque variazione dovrà essere comunicata esclusivamente all'indirizzo email redazione@zetema.it.

sito web _____
telefono * **50914763**
cellulare _____
fax _____
email * **leghiandeinfernetto@gmail.com**
facebook _____
instagram _____
twitter _____
altro profilo social _____

ALLEGATI

- Ricevuta pagamento spese istruttoria*
- Altri allegati
- MODELLO ASL SIAN A1 - NUOVA ATTIVITA'
- MODELLO ASL SIAN A2 - MODIFICA CESSAZIONE ATTIVITA'
- Allegato A
- Verbale dell'assemblea dei soci all'assunzione della titolarità dell'esercizio
- Procura con poteri relativi all'intestazione della titolarità dell'esercizio
- Domanda con Delega*

SPAZIO RISERVATO AL TIMBRO DIGITALE

