



## RIFUGI DI MONTAGNA

### Comunicazione dell'attrezzatura e dei prezzi per l'anno 20\_\_

 1° SEMESTRE

 2° SEMESTRE

 ANNUALE

1	<b>Denominazione dell'esercizio</b>	
2	<b>Costruzione</b>	<input type="checkbox"/> in muratura <input type="checkbox"/> in legno <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> prefabbricato
3	<b>Indirizzo dell'esercizio</b>	Via _____ Località _____ Frazione _____ Comune _____ CAP _____
4	<b>Recapito</b>	Sito Web _____ E-mail _____ pec _____ Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____ Recapito negli eventuali periodi di chiusura _____
5	<input type="checkbox"/> <b>Titolare</b>	Nome del titolare _____ Indirizzo/sede _____ P. Iva/C.F. _____
	<input type="checkbox"/> <b>Gestore</b>	Nome del gestore _____ Indirizzo/sede _____ P. Iva/C.F. _____
6	<b>Custode/i</b>	Cognome _____ Nome _____ Recapito _____ Cognome _____ Nome _____ Recapito _____
7	<b>SCIA/Autorizzazione</b>	Prot _____ -Del _____ Comune/Suap di _____
8	<b>Dipendenti</b>	<b>Totale</b> _____ ( di cui: a tempo parziale _____ ; stagionali _____ )
9	<b>Apertura</b>	<input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Stagionale (dal-al) <sup>1</sup> _____

<sup>1</sup> Indicare (giorno e mese) uno o più periodi

10	<b>Camere</b>	Singole ___ Da 2 a 4 letti ___ Con più di 4 letti ___ Totale ___ Di cui con: riscaldamento n. ___ aria condizionata n. ___ accessibili a disabili <sup>2</sup> n. ___ TV n. ___ Frigo-bar n. ___ telefono n. ___ Cassette di sicurezza n. ___ Asciugacapelli n. ___ Divisione uomini/donne: <input type="checkbox"/> Sì n. ___ <input type="checkbox"/> No n. ___	
11	<b>Posti letto</b>	Totale ___ Di cui in tavolati/cuccette ___	
12	<b>Servizi igienici</b>	In camere n. ___ Comuni n. ___ Totale ___ Accessibili a disabili n. ___ Docce n. ___	
13	<b>Impianti - servizi comuni/centralizzati - altre informazioni:</b>		
	<input type="checkbox"/> illuminazione elettrica <input type="checkbox"/> riscaldamento <input type="checkbox"/> ristorante <input type="checkbox"/> bar <input type="checkbox"/> cucina uso comune <input type="checkbox"/> spazio attrezzato consumo cibi <input type="checkbox"/> locale ricovero <input type="checkbox"/> telefono <input type="checkbox"/> estintori <input type="checkbox"/> pronto soccorso/infermeria <input type="checkbox"/> barella <input type="checkbox"/> sonde per neve <input type="checkbox"/> piazzola per elicotteri <input type="checkbox"/> parcheggio proprio <input type="checkbox"/> accesso con vetture private <input type="checkbox"/> sala soggiorno <input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> accettazione animali domestici <input type="checkbox"/> accesso internet <input type="checkbox"/> Wi Fi ..... <input type="checkbox"/> bicicletta <input type="checkbox"/> custodia valori <input type="checkbox"/> giochi per bambini LINGUE STRANIERE: <input type="checkbox"/> inglese <input type="checkbox"/> francese <input type="checkbox"/> spagnolo <input type="checkbox"/> tedesco altre _____ <input type="checkbox"/> bancomat <input type="checkbox"/> carte di credito _____ <input type="checkbox"/> Altro _____		
14	<b>Prezzi<sup>3</sup> minimi e massimi pernottamento</b>		
	<b>Camere</b>	<b>Singola</b>	Senza bagno min ___ max ___      Con bagno min ___ max ___
		<b>Doppia</b>	Senza bagno min ___ max ___      Con bagno min ___ max ___
	<b>Posto letto in camera con più di 2 posti</b> min ___ max ___		
	<b>Posto tavolato/cuccetta</b> min ___ max ___		Supplemento <b>biancheria</b> non compresa nel prezzo € _____ Supplemento <b>Uso Cucina</b> : € _____
15	<b>Pasti a prezzo fisso</b>		
	Prima colazione <input type="checkbox"/> è compresa nel prezzo del pernottamento <input type="checkbox"/> non è compresa nel prezzo del pernottamento, e il prezzo è di € _____ <input type="checkbox"/> Pranzo € ..... <input type="checkbox"/> Cena € .....		

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, che le notizie di cui sopra corrispondono a verità e sono state trasmesse alla Regione Molise in osservanza alle disposizioni delle leggi vigenti.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del titolare o del gestore

Visto dell'Autorità competente
--------------------------------

**Firma digitale o autografa. In caso di firma autografa allegare documento di riconoscimento in corso di validità.**

<sup>2</sup> Per poter essere definito come "accessibile ai disabili" l'esercizio deve possedere i requisiti previsti dall'apposita normativa relativa al superamento e all'eliminazione delle barriere architettoniche. L.13/98 e DM LL PP 236 del 14/6/89

<sup>3</sup> I prezzi minimi e massimi sono comprensivi di servizio, riscaldamento e aria condizionata ove esistenti, imposte, servizi comuni.