

Si consiglia di presentare in duplice copia di cui
n.1 timbrata dall'Ufficio PROTOCOLLO da tenere
agli atti

SPAZIO PER
ETICHETTA
PROTOCOLLO COMUNALE

LICENZE ed AUTORIZZAZIONI di TIPO STAGIONALE

Oggetto: **COMUNICAZIONE DEL PERIODO DI APERTURA ED ORARIO ESERCIZIO
DELL'ATTIVITA'**

ANNO 20_____

e, p.c.

AI COMUNE

Servizio SVILUPPO ECONOMICO

Al Comando di Polizia Municipale

Al Servizio Tributi

Al Servizio Demanio

Via Marconi, 50

63066 GROTTAMMARE

Il/La sottoscritt _____

nat _____ a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____

telefono/cellulare _____ fax _____

Cod. Fisc. _____, in qualità di:

(Barrare con una X quella che interessa)

Titolare della ditta individuale

Legale Rappr. della Società e, precisamente: _____

con sede in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____

Part. IVA n° _____, proprietario e/o gestore del pubblico
esercizio sito in Grottammare, Via _____ n° _____

denominato: _____

VISTO:

- la vigente ORDINANZA SINDACALE che disciplina gli ORARI DI APERTURA dei pubblici esercizi di somministrazione alimenti e bevande;

- l'art.2 (stagione Balneare) del vigente REGOLAMENTO COMUNALE SULL'UTILIZZAZIONE DEL LITORALE MARITTIMO PER FINALITÀ TURISTICHE E RICREATIVE

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste all'art.76 del D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi che consentirono il rilascio della/e licenze e/o autorizzazioni stagionali necessarie per l'esercizio dell'attività e, precisamente:

- **per ATTIVITA' di SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVADE:**

- AUTORIZZAZIONE n. _____ del _____;
- AUTORIZZAZIONE n. _____ del _____;

- **per ATTIVITA' DI STABILIMENTO BAGNI:**

- LICENZA n. _____ del _____;

- di non aver apportato modifiche tali da variare:

- *i requisiti sulla sorvegliabilità;*

- *l'idoneità igienico - sanitaria e, precisamente:*

Autorizzazione sanitaria n. _____ del _____;

DIA sanitaria registrata dall'ASUR n.12 in data _____ con il n.° _____;

NOTIFICA sanitaria registrata dall'ASUR n.12 in data _____ con il n.° _____;

- *la destinazione d'uso;*

- che intende svolgere, nell'anno _____ l'attività della **SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE** e di **STABILIMENTO BAGNI** nel seguente periodo:

>>N.B.: MASSIMO mesi 7 (giorni 210) e MINIMO mesi 2 (giorni 60)<<

dal		al	
SE su concessione demaniale STAGIONALE il periodo non potrà essere superiore a quello previsto nella stessa			

OPPURE:

▪ per ATTIVITA' di SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVADE:			
dal		al	

▪ per ATTIVITA' DI STABILIMENTO BAGNI:			
dal		al	
APERTURA MINIMA OBBLIGATORIA: dal 15 Giugno al 31 Agosto			
SE concessione demaniale STAGIONALE il periodo non potrà essere superiore a quello previsto nella stessa			

- **(per i titolari di autorizzazioni attivate su concessioni demaniali)** di essere titolare di concessione demaniale ed in regola con tutta la normativa in materia;
- di essere a conoscenza che l'eventuale esercizio dell'attività senza comunicazione di apertura o in periodi diversi da quelli comunicati ovvero per periodi superiori a quanto stabilito, comporta l'applicazione delle sanzioni previste per legge;

COMUNICA, inoltre,

per quanto concerne l'attività di SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI e BEVANDE:

- di effettuare il seguente **ORARIO**:

ORARIO applicabile: minimo 6 ore e massimo 22 ore nel periodo dalle ore 5,00 alle ore 3,00 del giorno successivo

Giorni	Chiuso	APERTURA CON ORARIO CONTINUATO		APERTURA CON ORARIO SPEZZATO			
		dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore
LUNEDI'							
MARTEDI'							
MERCOLEDI'							
GIOVEDI'							
VENERDI'							
SABATO							
DOMENICA							

Per CHIUSURA barrare con una **X** il giorno interessato.

EVENTUALE/i GIORNO/i DI CHIUSURA SETTIMANALE: _____

NOTE EVENTUALI:

Allega: fotocopia del documento d'identità, valido (OBBLIGATORIO)

In Fede

Grottammare li _____
