

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA
DISPONIBILITÀ DI ALLOGGI ALBERGHIERI ED EXTRA ALBERGHIERI A FAVORE DEL
PERSONALE SANITARIO DURANTE L'EMERGENZA DA COVID-19.
AUTORIZZAZIONE DELIBERA DI G.M. 397 DEL 5/11/2020**

Al Comune Di Napoli
Servizio Turismo
da inviare a
turismonapoli@pec.comune.napoli.it

Il sottoscritto _____ nato a _____
provincia _____ il _____ e residente
a _____ cap _____ in via _____
Cf _____ in qualità
di _____

della struttura ricettiva (indicare la tipologia della struttura es: albergo, b&b etc...)

denominata _____ sita nel territorio del Comune di
Napoli in Via _____ cf/p.iva _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

A fornire la disponibilità di n° _____ camere da destinare alla manifestazione
di interesse pubblicata in data _____ sul sito del Comune di Napoli.

E DICHIARA

*a tal fine, ai sensi dell'articolo 47 del DPR 445/00 e nella consapevolezza delle sanzioni
penali richiamate dall'articolo 76 stesso DPR per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni
mendaci ed, inoltre, a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a
campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese*

(barrare l'opzione di interesse)

- di essere assoggettato al regime IVA al 10%;
- ovvero di essere assoggettato alla seguente aliquota IVA _____ in ragione

della normativa _____

- **di essere esente IVA ai sensi della normativa** _____
- di essere adempiente con il pagamento dei tributi comunali
- di non essere adempiente agli obblighi tributari e precisamente:
- di non essere in regola con i pagamenti del dovuto derivanti dalla notifica delle seguenti cartelle di pagamento e/o avvisi di pagamento
- Cartella e/o avviso n° _____ tributo _____ data _____
notifica _____ importo _____

(Spazio per eventuali annotazioni riguardo l'ultimo punto)

e dichiara, inoltre

1. che per lo svolgimento dell'attività di _____, è in possesso del seguente titolo abilitativo _____ rilasciato da _____ in data _____ tutt'ora in vigore;
2. che la struttura indicata risulta essere in regola con le norme di prevenzione incendi del settore;
3. che la struttura ospedaliera più vicina risulta essere _____ che dista km _____ dalla propria struttura;
4. che il numero delle camere messe a disposizione è pari a _____ (non inferiore a n° 3 camere ai fini dell'ammissione) e per la durata di giorni _____
5. che si impegna a trasmettere, immediatamente ed all'ufficio competente, la dichiarazione sostitutiva compilata dall'ospite al suo arrivo nella struttura
6. che la tipologia delle camere ed i servizi annessi hanno le seguenti caratteristiche:

- camera singola con bagno;
- n° 1 materasso e n° 2 cuscini;
- luce ed energia elettrica;
- acqua calda e fredda nonché riscaldamento;
- cambio di biancheria con cadenza almeno settimanale;
- pulizia e sanificazione COVID (prima e dopo l'accesso dell'ospite);

1. di mettere a disposizione, per l'intera durata contrattuale, i seguenti recapiti:

- tel _____ indirizzo email _____
- pec _____

Data

Firma

Spazio riservato all'ufficio

<input type="checkbox"/> Approvato	Imponibile	Totale max attribuibile
<input type="checkbox"/> Non approvato		
<input type="checkbox"/> Motivazione sintetica	€	
-----	IVA %	Esenzione
	€	

n.b.: allegare documento di riconoscimento in corso di validità