

OSTELLI PER LA GIOVENTU'
Comunicazione dell'attrezzatura e dei prezzi per l'anno _____

☐ **1° SEMESTRE** ☐ **2° SEMESTRE**

N°

| | | | |
|---|---|---|--|
| 01 Denominazione completa dell'esercizio | | | |
| 02 Indirizzo completo | Indirizzo | | Località |
| | Frazione | Provincia | CAP |
| | <small>Sigla</small> | | |
| | Comune | | |
| 03 Telefono - Internet | Telefono | Sito-Web | |
| | Fax | E-Mail | |
| 04 Titolare Autorizzazione <small>(indicare anche il rappresentante in caso di società)</small> | Società | | |
| | Cognome | Nome | |
| 05 Estremi S.C.I.A. | N°. | Data | Integrata il |
| 06 Notizie varie | <input type="checkbox"/> Nell'abitato | <input type="checkbox"/> Zona Aeroporto | <input type="checkbox"/> Zona Stazione FS |
| | <input type="checkbox"/> Zona periferica | <input type="checkbox"/> Sul lago | <input type="checkbox"/> Zona impianti di risalita |
| | Anno di costruzione | | Anno di ultima ristrutturazione |
| 07 Personale dipendente | Fisso n. | | Stagionale n. |
| 08 Apertura | <input type="checkbox"/> Annuale secondo i seguenti periodi di apertura | | |
| | dal <small>giorno-mese</small> | al <small>giorno-mese</small> | dal <small>giorno-mese</small> |
| 09 Indirizzo nei periodi di chiusura <small>(se diverso da quello della struttura)</small> | Indirizzo | | |
| | Comune | Provincia | CAP |
| | Telefono | Fax | |
| | E-Mail | | |
| | | | |

10 Camere, posti letto

| CAMERE | | POSTI LETTO |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| Camere fino a 6 posti letto n. _____ | Di cui con servizi igienici privati n. _____ | Totale posti letto n. _____ |
| Totale camere n. _____ | | |

11 Servizi igienici WC n. _____ Bagni o docce n. _____ Lavabi n. _____

12 Impianti, attrezzature e servizi della struttura ricettiva

(indicare con una X solo i servizi esistenti)

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accessibilità diversamente abili (1) <input type="checkbox"/> Accesso vetture private <input type="checkbox"/> Accettazione gruppi <input type="checkbox"/> Aria condizionata basket calcetto <input type="checkbox"/> Ascensore <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Cucina uso comune <input type="checkbox"/> Estintori <input type="checkbox"/> Locale ritrovo <input type="checkbox"/> Locale infermeria <input type="checkbox"/> Parco o giardino <input type="checkbox"/> Ristorante <input type="checkbox"/> Sala TV separata <input type="checkbox"/> Telefono uso comune <input type="checkbox"/> Tavernetta tavola calda | Altri servizi, impianti attrezzature | Impianti attrezzature e servizi sportivi |
| | <input type="checkbox"/> Lingua inglese <input type="checkbox"/> Lingua francese <input type="checkbox"/> Lingua spagnola <input type="checkbox"/> Lingua tedesca Altre lingue correttamente parlate: _____ <input type="checkbox"/> Connessione internet gratuita | <input type="checkbox"/> Noleggio biciclette <input type="checkbox"/> Campo pallavolo beachvolley Altri impianti, attrezzature e servizi sportivi: _____ _____ _____ |

(1) Per poter essere definito come << accessibile ai diversamente abili >> l'esercizio deve possedere i requisiti previsti dall'apposita normativa relativa al superamento e all'eliminazione delle barriere architettoniche.

13 Prezzi giornalieri delle camere

Comprensivi dei servizi essenziali per il soggiorno di cui alla legge regionale di riferimento.

| CON COLAZIONE | | | | SENZA COLAZIONE | | | |
|----------------------|------|--------------------|------|----------------------|------|--------------------|------|
| Senza bagno completo | | Con bagno completo | | Senza bagno completo | | Con bagno completo | |
| Min. | Max. | Min. | Max. | Min. | Max. | Min. | Max. |
| Euro-€. | | | | | | | |

| PENSIONE COMPLETA (ESCLUSE BEVANDE) PER PERSONA E PER GIORNO PERMANENZA MINIMA TRE GIORNI | | | | 1/2 PENSIONE (ESCLUSE BEVANDE PER PERSONA E PER GIORNO PERMANENZA MINIMA TRE GIORNI | | | |
|--|------|--------------------|------|--|------|--------------------|------|
| Senza bagno completo | | Con bagno completo | | Senza bagno completo | | Con bagno completo | |
| Min. | Max. | Min. | Max. | Min. | Max. | Min. | Max. |
| Euro-€. | | | | | | | |

14 Pasti a prezzo fisso: Pranzo €. _____ Cena €. _____

15 Carte di Credito SI ☐

Sono allegati alla presente comunicazione ☐ comunicazione prezzi inferiori ai minimi

Data _____

Timbro e firma _____

PREZZI MINIMI E MASSIMI DI CIASCUNA CAMERA

comprensivi dei servizi essenziali per il soggiorno di cui alla legge regionale di riferimento.

[illegible]