

**COMUNICAZIONE DI INIZIO ATTIVITA' TURISTICA**  
(sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire – artt.46 e 47 D.P.R. 445/2000)

**Al Presidente**  
**amministrazione provinciale di Firenze**

OGGETTO: Comunicazione inizio attività delle Associazioni senza scopo di lucro iscritte all'Albo Regionale.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ di cittadinanza \_\_\_\_\_, in qualità di  
Legale Rap-presentante pro-tempore della: \_\_\_\_\_ con sede  
principale/articolazione territoriale nel Comune di \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

l'inizio delle attività disciplinate dall'art. 90 della L.R. 42/2000.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara altresì di possedere i requisiti soggettivi previsti dagli artt. 11 del T.U.L.P.S. approvato con R.D.L. 18 giugno 1931 n. 773 e succ. modd.

Le attività che la suddetta Associazione intende esercitare sono:

\_\_\_\_\_

la stipula della polizza assicurativa a garanzia dei rischi derivanti ai soci dalla effettuazione dell'iniziativa conforme alla schema-tipo approvato dal dirigente del competente ufficio della Giunta Regionale.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che la persona che assume la responsabilità organizzativa delle attività dell'Associazione è il/la Sig \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ di cittadinanza \_\_\_\_\_, in quanto:

- già iscritto all'Albo della Regione Toscana al n \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_;
- iscritto nella sezione speciale dell'Albo dei direttori tecnici della Regione Toscana;
- già autorizzato dall'esercizio dell'attività di d.t. nella Regione \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Oppure**

ritiene che si trovi nelle condizioni previste dall'art. 4 della D.L.vo 392/91, come da documentazione allegata ai fini della valutazione di codesta Provincia;

Si dichiara inoltre che le insegne poste all'ingresso degli uffici, anche decentrati, nei quali vengono organizzate le attività devono contenere l'indicazione che esse sono riservate **ai soli soci dell'associazione**

**Il sottoscritto dichiara inoltre di essere perfettamente consapevole, ai sensi art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle responsabilità penali conseguenti alle dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi.**

Documenti allegati:

- polizza assicurativa di responsabilità civile
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del responsabile organizzativo.

Data \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.L. 196/2003 "Privacy": I dati sopra riportati sono previsti dalle disposizioni vigenti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

*N.B. Non occorre l'autentica di firma ai sensi D.P.R. 445/2000. Se la dichiarazione non è firmata davanti al dipendente addetto a riceverla, ma inviata per posta o via telematica o tramite terzi, allegare fotocopia documento identità del firmatario.*

**Spazio riservato all'Ufficio**

Presentazione diretta all'Ufficio : la firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto.

Firma : \_\_\_\_\_

Ufficio : U.O. AGENZIE DI VIAGGIO

Data \_\_\_\_\_