**ALLEGATO 4**

**PIANO DI SVILUPPO AZIENDALE**

(PSR 2014-2020, Sottomisura 19.2, Azione 2.2 *Servizi per l’ospitalità diffusa*)

**DATI RICHIEDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Richiedente** (nome e cognome) |  |
| **Indirizzo** (via e numero civico) |  |
| **CAP - Comune** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **N° Telefono** (fisso e cellulare) |  |
| **N° Fax ed e-mail** |  |

in qualità di:

* persona fisica che presenta domanda di sostegno per un’attività ricettiva di tipo non professionale
* persona fisica che presenta domanda di sostegno per l’avvio di un’attività ricettiva di tipo professionale
* legale rappresentante dell’impresa di seguito indicata, che presenta domanda di sostegno per un’attività ricettiva di tipo professionale:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ragione sociale** | |  | | |
| **Sede Legale** (via e n.ro civico) | |  | | |
| **CAP - Comune** | |  | | |
| **Codice fiscale/PIva** | |  | | |
| **Esercente l’attività di**  (indicare l’attività destinataria dei contributi richiesti) | |  | | |
| **Codice ATECO** | |  | | |
| **Forma giuridica**  (in base alla classificazione ISTAT) | |  | | |
| **Sede operativa** (via e n.ro civico) | |  | | |
| **CAP - Comune** | |  | | |
| **Iscrizione al Registro Imprese della CCIAA (**n.ro, data, Provincia) | |  | | |
| **N° Telefono** (fisso e cellulare) | |  | | |
| **N° Fax ed e-mail** | |  | | |
| **POSIZIONI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVE MANTENUTE:** | | | | |
| CCNL applicato al personale | |  | | |
| **Ente** | **Sede di** | | **Matricola n.** | **P.A.T.**  (posizione assicurativa territoriale) |
| I.N.P.S. |  | |  | -------------- |
| I.N.A.I.L. |  | |  |  |

**Nel caso di società:**

Capitale sociale euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELENCO SOCI E RELATIVE QUOTE DI CAPITALE** | | | |
| **Cognome e nome** | **Data di nascita** | **Sesso (M/F)** | **Quota posseduta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTALE CAPITALE SOCIALE** | | |  |

#### **PARTE GENERALE**

**L’attività di B&B è**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Già avviata |  | Con N° \_\_\_ camere esistenti | N° \_\_\_ posti letto esistenti |
| In fase di costituzione |  |  |  |
| Numero nuovi posti letto da creare *(in n.ro e in lettere)* | | |  |
| Numero posti letto da riqualificare *(in n.ro e in lettere)* | | |  |

**L’attività di affittacamere** è

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Già avviata |  | Con N° \_\_\_ camere esistenti | N° \_\_\_ posti letto esistenti |
| In fase di costituzione |  |  |  |
| Numero nuovi posti letto da creare *(in n.ro e in lettere)* | | |  |
| Numero posti letto da riqualificare *(in n.ro e in lettere)* | | |  |

**L’intervento sarà realizzato in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzo (via e numero civico) |  |
| CAP - Comune |  |

**Dati catastali:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Censito catastalmente al NCEU | Foglio n. |  | Mappale |  | Sub |  |
| (EVENTUALE) |  |  |  |  |  |  |
| Comune censuario di |  | | Partita tavolare |  | Corpo tavolare |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’immobile è di proprietà |  | L’immobile è in comproprietà\* |  |
| L’immobile è oggetto di usufrutto |  | L’immobile è oggetto di cousufrutto\* |  |
| L’immobile è disponibile sulla base di un diritto personale di godimento\*\* |  | Estremi contratto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

\*E’ necessario allegare la Dichiarazione di assenso (Allegato 7)

\*\*E’ necessario allegare la Dichiarazione di assenso (Allegato 7) e il contratto

**DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO**

Descrivere il tipo di attività che si intende avviare o riqualificare e l’immobile oggetto dell’investimento, specificare il numero di posti letto che verranno creati/riqualificati e fornire qualsiasi altra informazione utile a valutare il progetto

I servizi complementari che saranno garantiti agli ospiti sono i seguenti (rif. art. 10, comma 1, lettera c)):

c.1) la messa a disposizione di aree dotate di attrezzature ginnico-sportive;

c.2) il servizio di trasporto gratuito mediante navetta;

c.3) la rimessa dei veicoli dei soli alloggiati;

c.4) la messa a disposizione, all'interno della struttura ricettiva, di saune, bagni turchi e vasche con idromassaggio, con funzione meramente accessoria e complementare rispetto all'attività principale della struttura ricettiva, a prescindere dalla presenza di soggetti in possesso della qualificazione professionale di estetista; resta fermo l'obbligo, in capo al titolare o gestore della struttura ricettiva, di fornire al cliente la necessaria informazione sulla modalità di corretta fruizione delle predette attrezzature, sulle controindicazioni e precauzioni da adottare, anche attraverso l'esposizione di cartelli nei locali dove è prestato il servizio e la presenza di personale addetto che eserciti la vigilanza;

c.5) la somministrazione di alimenti e bevande, la fornitura di giornali, riviste, cartoline e francobolli.

Descrivere in modo dettagliato il servizio complementare che si intende avviare, gli spazi ad esso destinati, con particolare riferimento all’eventuale avvio di servizi a favore del cicloturista ai fini dell’attribuzione del relativo punteggio (vedi Allegato 1, criterio di priorità f))

Descrivere in modo dettagliato ai fini dell’attribuzione del relativo punteggio come la struttura è integrata con l’offerta locale (vedi Allegato 1, criterio di priorità h))

**PROGETTO PROPOSTO AL FINANZIAMENTO**

Elencare i singoli investimenti previsti per ogni voce di spesa, indicando il documento di supporto ai fini della dimostrazione della congruità e ragionevolezza dei costi previsto all’art. 15 del bando.

L’importo va indicato al lordo di IVA solo qualora l’IVA sia effettivamente sostenuta e non sia recuperabile in base alla normativa nazionale.

Per una dettagliata descrizione delle voci di spesa ammissibili si rinvia all’art. 13, comma 2 del bando.

Note per la compilazione:

1. le righe della tabella riferite a voci di spesa non previste nel piano degli investimenti possono essere eliminate;
2. se per una voce di spesa sono presenti più fornitori (es. ditta X per impianto elettrico, ditta Y per impianto idrico-sanitario, ecc.) è possibile inserire più righe.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOCE DI SPESA** | **PREVENTIVO** | **IMPORTO** |
| A.1-opere edili per la riqualificazione e ampliamento di beni immobili per la realizzazione o la riqualificazione di posti letto | Computo metrico del xx/xx/xxxx redatto dal tecnico ……… |  |
| A.1-impianti tecnologici | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| A.3-attrezzature e macchinari (compresi gli arredi) | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| A.4-spese generali (max 10% della somma delle voci A.1, A.2, B e C) | Prev. Tecnico XXX del ……… |  |
| A.5-acquisizione di brevetti, licenze, diritti d’autore, marchi commerciali | Prev. Tecnico XXX del ……… |  |
| B-materiale informativo su diversi supporti mediali | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| C-produzioni audiovisive e multimediali | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| D-campagne promozionali | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| E-organizzazione di eventi e manifestazioni | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| F-realizzazione o aggiornamento di siti web | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| G-consulenze specialistiche (su voci di spesa B), C), D) ed E)) | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| H-elaborati richiesti ai fini della valutazione delle domande di aiuto | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| I-spese per garanzia fideiussoria | Prev. Banca/Assicurazione XXX del ……… |  |
| **TOTALE SPESA PER LA CREAZIONE/MIGLIORAMENTO DI POSTI LETTO** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOCE DI SPESA** | **PREVENTIVO** | **IMPORTO** |
| A.2-opere edili per la costruzione o miglioramento di beni immobili destinati alla creazione di servizi complementari | Computo metrico del xx/xx/xxxx redatto dal tecnico ……… |  |
| A.2-impianti tecnologici | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| A.3-attrezzature e macchinari (compresi gli arredi) | Prev. Ditta XXX del ……… |  |
| A.4-spese generali (max 10% della somma delle voci A.1, A.2, B e C) | Prev. Tecnico XXX del ……… |  |
| A.5-acquisizione di brevetti, licenze, diritti d’autore, marchi commerciali | Prev. Tecnico XXX del ……… |  |
| **TOTALE SPESA PER LA CREAZIONE DI SERVIZI COMPLEMENTARI** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IMPORTO** |
| Spesa per la creazione/miglioramento di posti letto |  |
| Spesa per la creazione di servizi complementari |  |
| **TOTALE SPESE PREVISTE** |  |

**VERIFICA LIMITI DI SPESA**

Il progetto rispetta i limiti minimi e massimi di spesa ammissibili previsti dall’articolo 9 del bando in quanto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **IMPORTO (A)** | **n. PL**  **(B)** | **Investimento a PL**  **(A/B)** |  |
| Spesa per la creazione o il miglioramento di posti letto |  |  |  | L’investimento a PL è minore o uguale a 10.000,00 |
| Spesa per la creazione di servizi complementari |  |  |  | 1. L’investimento totale per la creazione di servizi complementari rappresenta almeno il 20% del totale progetto proposto a finanziamento  2. L’investimento a PL è minore o uguale a euro 5.000,00  3. L’investimento totale è minore di euro 50.000,00 |
| **Totale progetto proposto al finanziamento** |  | 1. Il costo totale di progetto è maggiore o uguale a euro 20.000,00.  2. Il costo totale di progetto proposto a finanziamento (inserito nella domanda di sostegno SIAN) è minore o uguale a euro 100.000,00 | | |

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_