



Luogo di emissione  Ancona	Numero: 259/CTC	Pag.  <b>15</b>
	Data: 06/05/2013	

**MARCHIO DI QUALITÀ**  
**Ospitalità Italiana Regione Marche**  
**ATTIVITÀ RICETTIVE RURALI**  
**(COUNTRY HOUSE)**



<b>DATI STRUTTURA</b>		
Nome e Cognome titolare/responsabile:		
Denominazione Ditta:		
Nome Struttura:		
Indirizzo (via/p.zza):		N°
Cap:	Comune:	Prov:
Località:		
Tel.:		Fax:
Indirizzo email da pubblicare (stampe, sito):		
Indirizzo email per contatto diretto:		
Sito Web:		
Informazioni per raggiungere la struttura: (consigliabile allegare brochure)		

<b>SERVIZI</b>			
Servizio di ristorazione			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Uso Energia alternativa			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Carte di credito:	<input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Diners Club <input type="checkbox"/> PagoBancomat	<input type="checkbox"/> Carta Aura <input type="checkbox"/> Eurocard <input type="checkbox"/> Maestro	<input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> CartaSi
<b>CARATTERISTICHE STRUTTURA</b>			
Anno avvio attività: .....		Anno ultima ristrutturazione: .....	
Periodo di apertura della Struttura <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Stagionale (periodo dal ..... al.....)			



Luogo di emissione  Ancona	Numero: 259/CTC	Pag.  <b>16</b>
	Data: 06/05/2013	

<u>Costi:</u>	BS	AS		
Camere singole (costo per camera)			€	Camere totali n° .....
.....				Posti letto n° .....
Camere doppie (costo per camera)			€	Camere singole n° .....
.....				Camere doppie n° .....
Mezza pensione (costo per persona in doppia).....			€	Camere disabili n° .....
.....				Appartamenti n° .....
Pensione completa (costo per persona in doppia).....			€	Coperti interni n° .....
.....				Coperti esterni n° .....
Appartamenti (costo per appartamento al giorno)			€	
.....				
Appartamenti 1 sett.			€	
.....				
Menu a prezzo fisso			€	
.....				

Prevalente tipologia di clienti:	<input type="checkbox"/> Turismo	<input type="checkbox"/> Affari	<input type="checkbox"/> Residenziale
Prevalente area di provenienza:	<input type="checkbox"/> Locale/Regionale	<input type="checkbox"/> Nazionale	<input type="checkbox"/> Extra-Europea
	<input type="checkbox"/> Europea		
Proprietà:	<input type="checkbox"/> Proprietà diretta	<input type="checkbox"/> Gestione in affitto	
Tipo di gestione:	<input type="checkbox"/> Manageriale	<input type="checkbox"/> Familiare	

<b>SERVIZI GENERALI</b>			
<input type="checkbox"/> Bar	<input type="checkbox"/> Ristorante	<input type="checkbox"/> Ristorante per soli ospiti	<input type="checkbox"/> Presa modem
<input type="checkbox"/> Sala Convegni	<input type="checkbox"/> Parcheggio	<input type="checkbox"/> Postazione Internet	<input type="checkbox"/> Servizio Lavanderia
<input type="checkbox"/> Miniclub	<input type="checkbox"/> Servizi Benessere	<input type="checkbox"/> Cassaforte	
<b>SERVIZI ANIMAZIONE</b>			
<input type="checkbox"/> Animazione	<input type="checkbox"/> Escursioni organizzate	<input type="checkbox"/> Locali di intrattenimento	
	<input type="checkbox"/> Parco/Giardino	<input type="checkbox"/> Terme	
Altro .....			
<b>SERVIZI SPORT</b>			
<input type="checkbox"/> Campi Sportivi	<input type="checkbox"/> Giochi per bambini	<input type="checkbox"/> Campi da golf (entro 5 km)	<input type="checkbox"/> Equitazione
<input type="checkbox"/> Piscina	<input type="checkbox"/> Tennis	<input type="checkbox"/> Accoglienza cicloturistica	<input type="checkbox"/> Palestra
<input type="checkbox"/> Impianti di risalita (entro 200 m)	Altro .....		



Luogo di emissione	Numero: 259/CTC	Pag. <b>17</b>
Ancona	Data: 06/05/2013	

Richiede di aderire al progetto marchio Ospitalità Italiana – Regione Marche e accetta la visita del valutatore.

### **Condizioni generali per il rilascio del marchio Ospitalità Italiana**

- L'attività di valutazione per il rilascio del marchio è disciplinata dal "Regolamento per il rilascio e l'uso del logo marchio Ospitalità Italiana" consegnato unitamente alla presente scheda a formarne parte integrante e che la struttura richiedente si impegna a rispettare, dichiarando altresì di approvare espressamente la clausola del regolamento stesso che prevede nel foro di Roma il foro competente in via esclusiva per le eventuali controversie.
- ISNART incaricherà per l'attività di verifica presso le strutture un ente di certificazione che opererà in conformità alla norma UNI CEI EN 45011.
- Con la sottoscrizione della presente domanda la struttura accetta:
  - le condizioni riportate nel "Regolamento per il rilascio e l'uso del logo marchio Ospitalità Italiana"
- L'operatore, sottoscrivendo la presente domanda, si impegna ad accogliere il valutatore e accetta di fornire tutto il materiale necessario al buon esito della visita (fatture, foto, brochure, biglietti da visita, etc..)

Il Titolare/Rappresentante legale della Struttura:

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_

Si approva espressamente e per iscritto ai sensi degli art. 1341 e 1342 del Codice Civile la clausola che prevede nel foro di Roma il foro competente in via esclusiva per le eventuali controversie.

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_

### **Informativa e consenso al trattamento dei dati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003.**

La società ISNART S.c.p.a., nella persona del responsabile dott. Giovanni Antonio Cocco, Le garantisce che tutte le risposte da Lei fornite resteranno assolutamente riservate e saranno usate solo ai fini del corretto svolgimento del progetto, nel pieno rispetto del D.Lgs 196/2003 sulla tutela della Privacy. La informiamo di quanto segue:

7. Il trattamento a cui saranno sottoposti tutti i dati personali richiesti e/o acquisiti è diretto al solo fine di partecipazione al progetto marchio Ospitalità Italiana
8. La comunicazione di tali dati è facoltativa, tuttavia la mancata comunicazione non renderà possibile la partecipazione al progetto;  
nella Sua qualità di interessato, gode dei diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs 196/2003, tra cui:
  - a. ottenere la conferma dell'esistenza o meno in archivio dei dati personali che La riguardano ed averne comunicazione in forma intelligibile;
  - b. avere conoscenza della loro origine, della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
9. Qualsiasi richiesta o comunicazione in merito può essere inoltrata scrivendo a ISNART scpa – Corso d'Italia, 92 – 00198 Roma, indicando come riferimento progetto marchio Ospitalità Italiana



Luogo di emissione	Numero: 259/CTC	Pag. <b>18</b>
Ancona	Data: 06/05/2013	

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Timbro e Firma** \_\_\_\_\_

Nota: La Commissione di Valutazione/ Isnart si riserva di valutare la scheda compilata in base ai requisiti di adesione al progetto.

La scheda non completa in tutte le sue parti non potrà essere considerata valida