

COMUNICAZIONE CESSAZIONE DI ATTIVITA'

Il/La sottoscritto/a:

(Cognome) (Nome)

a norma degli artt. 21,38,46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 (T.U.) **consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la sua personale responsabilità** (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

D I C H I A R A

Di essere

Nat. a (Stato

(Prov.), Comune); il

Nazionalità

Cod. Fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente in (Prov.),

Via/P.za, (CAP.), (tel.),

permesso di soggiorno n.rilasciato da

Il (se cittadino non appartenente a Unione Europea).

In qualità di:

titolare dell'omonima impresa individuale:

Partita I.V.A. (se già iscritto) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

con sede nel Comune di Provincia

Via, Piazza, ecc. N. C.A.P. Tel.

N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) CCIAA di

legale rappresentante della Società':

Cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA (se diversa da C.F.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

denominazione. o ragione sociale

con sede nel Comune di Provincia

Via, Piazza, ecc. N. C.A.P. Tel.

N. d'iscrizione al Registro Imprese CCIAA di

Indicazione del recapito ove si desiderano ricevere le comunicazioni relative alla procedura se diverso da residenza, con obbligo di comunicare eventuali variazioni:

Città Via/P.za

(CAP), (Tel.), e – mail

COMUNICA

LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' DI

CESSA PER CHIUSURA DEFINITIVA DELL'ESERCIZIO DAL

NELL'ESERCIZIO UBICATO IN

Via, Viale, Piazzale. N. | | | | |

C.A.P. | | | | | | | |

settore alimentare mq. | | | | | | | | ; settore non alimentare mq | | | | | | | |

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI NO

se **SI** indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

Locale n.

Provvedimento n. in data rilasciato da

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data