



Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

COMUNICAZIONE:

- Cessazione di attività
- Sospensione temporanea di attività

Comunicazione di cessazione o sospensione temporanea in attività di commercio su aree pubbliche in forma itinerante

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	
Residenza		Cittadinanza	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

in qualità di (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo	Tipologia		
Denominazione/Ragione sociale			
Sede legale	Tipologia		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP
Codice Fiscale	Partita IVA		
Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione	
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	Provincia	Numero iscrizione	
Posizione INAIL	Codice INAIL impresa		

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

in relazione all'attività di commercio su aree pubbliche in forma itinerante all'interno del settore merceologico**Classificazione** alimentare**Presenza di attività di somministrazione di alimenti e bevande** no sì non alimentare**Specializzazione merceologica****in precedenza avviata tramite****Titolo autorizzativo**

- autorizzazione, concessione o nulla osta
- SCIA o comunicazione
- altro (*specificare*)

Protocollo**Data****Ente di riferimento****COMUNICA**

- la cessazione dell'attività
 - cessazione dell'attività contestuale alla comunicazione
 - cessazione dell'attività con decorrenza dal
- la sospensione temporanea dell'attività
 - sospensione dell'attività contestuale alla comunicazione
 - sospensione dell'attività con decorrenza dal al

 referente per la pratica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Elenco degli allegati*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- notifica sanitaria (articolo 6 del Regolamento di esecuzione dell'Unione europea 29/04/2004, n. 852)
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati (*specificare*)

Informativa sul trattamento dei dati personali*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

il dichiarante