

spazio per la protocollazione	<h1>CESSAZIONE ATTIVITA'</h1> <h2>Comunicazione</h2>
-------------------------------	--

AL COMUNE DI:	codice ISTAT
OPPEANO (VR)	023055

II/La sottoscritto/a			
cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sexso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono

<input type="checkbox"/> in qualità di titolare dell'impresa individuale			
codice fiscale		partita IVA	
sede nel comune di		provincia o stato estero	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono
iscrizione al Registro Imprese	presso la Camera di Commercio I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

<input type="checkbox"/> in qualità di legale rappresentante della società			
denominazione sociale			
codice fiscale		partita IVA	
sede nel comune di		provincia o stato estero	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono
iscrizione al Registro Imprese	presso la Camera di Commercio I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

Trasmette: comunicazione di CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

copia del presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. della provincia dove è ubicato l'esercizio, entro 30 giorni dall'effettivo verificarsi del fatto qualora non siano giunte da parte del Comune comunicazioni contrarie.

COMMERCIO SU AREE PUBBLICHE

TIPO A

Autorizzazione n. _____

del _____

relativa al _____

posteggio ubicato in via/piazza ecc. _____
mercato di _____

avente cadenza giornaliera settimanale mensile altro (specificare) _____

che si svolge nel giorno di _____

numero del posteggio _____ dimensioni _____ settore (o eventuale tipologia merceologica) _____

<input type="checkbox"/> lunedì	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> martedì	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> mercoledì	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> giovedì	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> venerdì	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> sabato	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> domenica	_____	_____	_____

TIPO B

Autorizzazione n. _____

del _____

settore o settori merceologici e superfici di vendita

- settore **alimentare**
- settore **non alimentare generico**
- settore **misto**

a carattere permanente

a carattere stagionale dal _____ al _____

cesserà l'attività dal _____

- per chiusura definitiva dell'esercizio**
- per trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa**
 - cessione d'azienda
 - affitto d'azienda
 - donazione d'azienda
 - fusione
 - fallimento
 - conferimento
 - altro specificare _____

subentrerà l'impresa _____

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000.

Allega fotocopia di valido documento d'identità.

data

firma del/della titolare o legale rappresentante