

CESSAZIONE ATTIVITA'
SEGNALAZIONE CERTIFICATA / COMUNICAZIONE

Al Comune di *

Ai sensi 19 della L. 241/09, consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in merito a false attestazioni, sotto la propria responsabilità, il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

C.F.

Data di nascita ___/___/___ Cittadinanza _____ Sex: Sesso M F

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

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

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 _____

domicilio elettronico:

em@il _____

P.E.C. _____

Trasmette segnalazione / comunicazione relativa a

CESSAZIONE ATTIVITA' di _____

**preso atto che l'operazione ha efficacia immediata
dalla data di presentazione al Comune,**

dichiara quanto contenuto nella rispettiva sezione:

* Copia del presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro Imprese della CCIAA 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

**C
O
M
P
I
L
A
R
E

I
N

S
T
A
M
P
A
T
E
L
L
O**

CESSAZIONE DI ATTIVITA'

L'ESERCIZIO / LABORATORIO UBICATO NEL

Comune _____

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

Via, Viale, Piazza, ecc. _____

N. |_|_|_|

CESSA DAL ___/___/___ PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa |_|
- chiusura definitiva dell'esercizio |_|
- altro (indicare le cause) _____ |_|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE

SI |_| NO |_|

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

Attività prevalente: _____

Attività secondaria: _____

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data _____

ELENCO ALLEGATI

- Documento di identità o di riconoscimento (OBBLIGATORIO)
- Altro (indicare eventuali altri allegati) _____