



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	Cittadinanza	
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato
				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		Denominazione/Ragione sociale		Tipologia	
Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato
				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**