



Comune di Accadia

Servizio Integrato Attività Economiche

CESSAZIONE ATTIVITA' ARTIGIANA

segnalazione certificata/comunicazione

(in attuazione dell'art.19 della Legge n. 241/90 e s.m.i.)

COMPILARE IN STAMPATELLO

Cognome	Nome
data di nascita/...../.....	luogo di nascita (.....)
cittadinanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C.F.:	residente a (.....)
via/piazza n.	
Tel. n.	Cell. n. Fax n.
E-mail (obbligatoria).....	

in qualità di <input type="checkbox"/> titolare di ditta individuale <input type="checkbox"/> legale rappresentante della Società <input type="checkbox"/> artigiana <input type="checkbox"/> non artigiana	
denominazione	
forma societaria (SNC,SAS,SRL, e tc).....	
C.F./P.IVA:	con sede legale a (.....)
via/piazza n.	

(per i cittadini extracomunitari)

il sottoscritto dichiara di essere titolare di permesso di soggiorno n. rilasciato dalla Questura di il valido fino al per i seguenti motivi, che si allega in fotocopia.

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000, ai sensi dell'art. 19 della Legge n. 241/90 e del D.P.R. 160/10, nei loro testi vigenti così come modificati ed integrati,

SEGNALA

LA CESSAZIONE ATTIVITA' DI :

a far data dal _____;

nel locale sito in Accadia alla Via _____ n. _____

per trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa

chiusura definitiva

altro (specificare) _____

insegna dell'esercizio

ALLEGATI:

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA';
- AUTORIZZAZIONE ORIGINALE/ SCIA;
- CERTIFICATO CESSAZIONE/VARIAZIONE PARTITA IVA.

Accadia li , _____

Firma

L'autentica della firma non occorre se si allega, alla presente S.C.I.A., copia di valido documento di riconoscimento