



Amministrazione destinataria

Città di Clusone

Ufficio destinatario

COMUNICAZIONE:

☒ Cessazione di attività**Comunicazione di cessazione in attività di commercio su aree pubbliche in posteggio di mercato****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
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					
Denominazione/Ragione sociale		Tipologia			
Sede legale					
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 posteggio di mercato

Attività svolta

Settori merceologici

- ☐ alimentare
☐ non alimentare

collocato in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano

Denominazione mercato

Numero posteggio

Presenza di ulteriori posteggi sul territorio comunale

- ☐ trattasi dell'unico posteggio assegnato sul territorio comunale
☐ sul territorio comunale rimangono assegnati altri posteggi

autorizzata con

Numero autorizzazione

Data autorizzazione

COMUNICA

la cessazione dell'attività

- ☐ cessazione dell'attività contestuale alla comunicazione
☐ cessazione dell'attività con decorrenza dal

☐ **referente per la pratica**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
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)
(obbligatoria in caso di esercizio alimentare)
☐ 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.

Clusone

Luogo

Data

il dichiarante