

spazio per la protocollazione



COMUNE DI
BUCINE
Provincia di Arezzo

ESERCIZI DI VICINATO

Cessazione attività

AL COMUNE DI: BUCINE Prov. (AR)

codice ISTAT: **051005**

II/La sottoscritto/a

cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sex <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

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

in qualità di legale rappresentante della società / in qualità di preposto

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.

indirizzo dell'esercizio						
comune					C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.					numero civico	
dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	mappale	subalterno
estremi titoli abilitativi dell'immobile <input type="checkbox"/> licenza o concessione edilizia <input type="checkbox"/> permesso a costruire <input type="checkbox"/> D.I.A. data: _____ num. prot.: _____ num. lic./conc./perm. _____						
settore o settori merceologici e superfici di vendita						
<input type="checkbox"/> settore alimentare					mq. _____, _____	
<input type="checkbox"/> settore non alimentare generico					mq. _____, _____	
superficie totale di vendita dell'esercizio					mq. _____, _____	
tabelle speciali riservate ai titolari di						
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio					<input type="checkbox"/> farmacie	
<input type="checkbox"/> impianti carburanti					mq. _____, _____	
superficie commerciale complessiva dell'esercizio						
compresa la superficie adibita ad altri usi (magazzini, depositi, servizi, ecc.)					mq. _____, _____	
<input type="checkbox"/> a carattere permanente						
<input type="checkbox"/> a carattere stagionale		dal _____		al _____		
<input type="checkbox"/> a carattere temporaneo		dal _____		al _____		

Cesserà l'attività dal	dal _____
<input type="checkbox"/> per chiusura definitiva dell'esercizio	
<input type="checkbox"/> per trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa	
<input type="checkbox"/> cessione d'azienda	<input type="checkbox"/> fallimento
<input type="checkbox"/> affitto azienda	<input type="checkbox"/> conferimento
<input type="checkbox"/> donazione d'azienda	<input type="checkbox"/> altro specificare _____
<input type="checkbox"/> fusione	
subentrerà l'impresa	_____

Inserito in un centro commerciale :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

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