

spazio per la protocollazione



REGIONE DEL VENETO

CESSAZIONE ATTIVITA' Comunicazione

AL COMUNE DI:

codice ISTAT

II/La sottoscritto/a

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

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.

l'esercizio ubicato in	
comune	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.	numero civico
autorizzazione numero	dati comunicazione o denuncia di inizio attività protocollo n. del
settore o settori merceologici e superfici di vendita	
<input type="checkbox"/> settore alimentare	mq. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> settore non alimentare generico	mq. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> settore misto	mq. <input type="text"/>
superficie totale di vendita dell'esercizio	mq. <input type="text"/>
tabelle speciali riservate ai titolari di	
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio	<input type="checkbox"/> farmacie
<input type="checkbox"/> impianti carburanti	mq. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> a carattere permanente	
<input type="checkbox"/> a carattere stagionale	dal <input type="text"/> al <input type="text"/>
cesserà l'attività dal <input type="text"/>	
<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"/> affittanza d'azienda	<input type="checkbox"/> conferimento
<input type="checkbox"/> donazione d'azienda	<input type="checkbox"/> altro specificare _____
<input type="checkbox"/> fusione	
subentrerà l'impresa	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>