



Amministrazione destinataria

Comune di Cittaducale

Ufficio destinatario

SUAP

## Comunicazione di cessazione parziale dell'attività riconosciuta

*Ai sensi del Regolamento Comunitario 29/04/2004, n. 852/2004*

### Il sottoscritto

|         |      |                |
|---------|------|----------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---------|------|----------------|

|                 |       |                  |              |
|-----------------|-------|------------------|--------------|
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
|-----------------|-------|------------------|--------------|

|           |  |           |  |        |         |       |       |     |     |
|-----------|--|-----------|--|--------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Residenza |  | 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 |  | 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 |
|--|-----------|-------------------|

### 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

|                 |
|-----------------|
| Attività svolta |
|-----------------|

**svolta nello stabilimento sito in**

|  |           |           |        |            |            |           |                          |     |
|--|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|-----|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura                   |     |
|  |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |     |
| Provincia                              | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Scala      | Piano     | SNC                      | CAP |
|  |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |     |

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

**COMUNICA**

la cessazione della seguente attività dello stabilimento con numero di riconoscimento

| Numero atto                      | Data rilascio | Ente di riferimento |
|----------------------------------|---------------|---------------------|
|                                  |               |                     |
| <b>Oggetto del provvedimento</b> |               |                     |
|                                  |               |                     |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- di essere informato che la presente non sostituisce altri eventuali adempimenti di legge previsti ai fini dell'avvio dell'attività, né dal versamento della tariffa annuale dovuta ai sensi del Decreto Legislativo 19/11/2008, n. 194/08 per il finanziamento dell'attività dei controlli sanitari ufficiali in materia di igiene degli alimenti

 **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)

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria<br><i>(da allegare se previsti)</i>            |
| <input type="checkbox"/> | ricevuta dei diritti sanitari   |
| <input type="checkbox"/> | ulteriori immobili oggetto del procedimento   |
| <input type="checkbox"/> | copia del permesso di soggiorno<br><i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura                            |
| <input type="checkbox"/> | 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.

Cittaducale

Luogo

Data

il dichiarante