

spazio per la protocollazione



REGIONE DEL VENETO

## CESSAZIONE ATTIVITA' Comunicazione

AL COMUNE DI:

codice ISTAT

### Il/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.

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

<b>INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE:</b>	<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.	
<b>Allega fotocopia di valido documento d'identità.</b>	
data	firma del/della titolare o legale rappresentante