

**Amministrazione destinataria**

Regione Abruzzo

**Ufficio destinatario****COMUNICAZIONE:**

- Cessazione di attività
- Sospensione temporanea di attività

## Comunicazione di cessazione o sospensione temporanea in attività di commercio su aree pubbliche in forma itinerante

**Il sottoscritto**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
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

**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 forma itinerante all'interno del settore merceologico****Settore merceologico** alimentare

Presenza di attività di somministrazione di alimenti e bevande

 no sì non alimentare**Specializzazione merceologica****in precedenza avviata tramite****Titolo autorizzativo**

- autorizzazione, concessione o nulla osta
- SCIA o comunicazione
- altro (*specificare*)

Protocollo

Data

Ente di riferimento

**COMUNICA**

- la cessazione dell'attività
  - cessazione dell'attività contestuale alla comunicazione
  - cessazione dell'attività con decorrenza dal
- la sospensione temporanea dell'attività
  - sospensione dell'attività contestuale alla comunicazione
  - sospensione dell'attività con decorrenza dal al

 **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)*

- notifica sanitaria (articolo 6 del Regolamento di esecuzione dell'Unione europea 29/04/2004, n. 852)
- 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.

Luogo

Data

il dichiarante