Mod. SCIA Commercio itinerante (CESSAZIONE)

COMUNE DI
GRAVINA IN PUGLIA

Pratica n. …… del ……

Prot n. …….. del ……

……
……
……
……

e-mail: suap@comune.gravina.ba.it
Tel 080 3259420 – 416
Fax 080 3221236

D.P.R. 160/2010 ART. 5 : SEGNALAZIONE CERTIFICATA di INIZIO ATTIVITA'
COMMERCIO IN FORMA ITINERANTE (tipo B) - CESSAZIONE

Al SUAP del Comune di GRAVINA IN PUGLIA |_0_|_2_|_3_|_0_|_7_|_2_|

Ai sensi della l.r. 24/2015 e s.m.i. **Il/La sottoscritto/a**

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita_____/_____/_____ Cittadinanza _____ Sesso M |__| F |__|

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____ _____

Residenza Provincia _____ Comune _____ _____

Via, Piazza, ecc. _____N. _____ C.A.P. _____ _____

Recapiti PEC _____ telefono _____ cell _____

in qualità di: |__| titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. ____ C.A.P. _____ Tel. _____

N.di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____ CCIAA di _____

|__| **legale rappresentante della Società :**

Cod. fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Partita IVA (se diversa da C.F.) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. ____ C.A.P. _____ Tel. _____

N.d'iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

Trasmette Segnalazione Certificata di inizio Attività (SCIA) per CESSAZIONE

Preso atto che l'operazione di cui alla sezione successiva ai sensi dell'art. 19, comma 2, della L. 241/90, e dell'art. 5, comma 5, del DPR 160/2010 potrà essere iniziata dalla data di presentazione della presente segnalazione al Comune di Gravina in Puglia e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 e della decadenza dei benefici prodotti sulla base delle dichiarazioni non veritiere previsto dall'art. 75. dello stesso DPR 445/2000, DICHIARA quanto contenuto nella seguente sezioni e allegati:

SEZIONE – CESSAZIONE ATTIVITA'

L'ATTIVITA' di commercio itinerante (tipo B) di cui alla
-SCIA prot. ……. del …….. -AUTORIZZAZIONE n. …..... del ……...

SETTORE o SETTORI merceologici

↓ *(spuntare le scelte che La riguardano, è possibile spuntarne più di una)*

❑ Settore **NON ALIMENTARE**

❑ Settore **ALIMENTARE*** |__| Con Somministrazione di alimenti e bevande

CESSA per - chiusura definitiva dell'attività |__|
-trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa |__|

Data, _____ FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

_____

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA alla presente SCIA:

|__| Copia di un documento di identità in corso di validità del legale rappresentante, del Tecnico abilitato, dei firmatari dell'allegato "A" e dell'eventuale procuratore

Compilare chiaramente e in stampatello (non sono ammesse cancellazioni)