

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	sexso <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="text"/>
<input type="checkbox"/> settore non alimentare generico	mq. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> settore misto	mq. <input type="text"/>
<b>superficie totale di vendita dell'esercizio</b>	mq. <input type="text"/>
<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="text"/>
<input type="checkbox"/> a carattere permanente <input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal <input type="text"/> al <input type="text"/>	
<b>cesserà l'attività dal</b> <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"/> affitto d'azienda <input type="checkbox"/> donazione d'azienda <input type="checkbox"/> fusione	<input type="checkbox"/> fallimento <input type="checkbox"/> conferimento <input type="checkbox"/> altro specificare _____
<b>subentrerà l'impresa</b>	<input type="text"/>

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