

**CESSAZIONE ATTIVITA'**  
**SEGNALAZIONE CERTIFICATA / COMUNICAZIONE**

**Al Comune di \***

--	--	--	--	--	--	--	--

Ai sensi 19 della L. 241/09, consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in merito a false attestazioni, sotto la propria responsabilità, il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Data di nascita / / \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sei Sesso M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**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.d'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 \_\_\_\_\_

domicilio elettronico:

em@il \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

**Trasmette segnalazione / comunicazione relativa a**  
**CESSAZIONE ATTIVITA' di \_\_\_\_\_**

C O M P I L A R E I N S T A M P A T T E L L O

preso atto che l'operazione ha efficacia immediata  
dalla data di presentazione al Comune,

dichiara quanto contenuto nella rispettiva sezione:

\* Copia del presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro Imprese della CCIAA 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

**CESSAZIONE DI ATTIVITA'**

L'ESERCIZIO / LABORATORIO UBICATO NEL

Comune \_\_\_\_\_

C.A.P. | | | | |

Via, Viale, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_

N. | | | |

CESSA DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa
- chiusura definitiva dell'esercizio
- altro (indicare le cause) \_\_\_\_\_

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE

SI  NO

se **SI** indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

Attività prevalente: \_\_\_\_\_

Attività secondaria: \_\_\_\_\_

*FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante*

Data \_\_\_\_\_

**ELENCO ALLEGATI**

- Documento di identità o di riconoscimento (OBBLIGATORIO)
- Altro (indicare eventuali altri allegati) \_\_\_\_\_