



ALL'UFFICIO SUAP DI Comune di Ariccia

**COMUNICAZIONE**

INTERVENTO	PROCEDIMENTO
Cessazione dell'esercizio dell'attività di vendita ambulante di oggetti da taglio	AUTOMATIZZATO ai sensi dell'articolo 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 07/09/2010, n. 160

Sezione anagrafica del titolare dell'attività

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale										Tipologia	
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia	Numero iscrizione					

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**COMUNICA\***

- di essere cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea
- di essere cittadino di stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno

Numero	Motivo	Rilasciato da	In data	Scadenza

- di essere apolide, con status riconosciuto dal servizio anagrafico del

Provincia	Comune

Ai fini delle comunicazioni relative al presente procedimento di eleggere il domicilio elettronico presso

- la propria casella di Posta Elettronica Certificata (specificare)  
 la casella di Posta Elettronica Certificata del soggetto delegato alla trasmissione telematica della documentazione

Cognome	Nome
Codice Fiscale	Indirizzo PEC

**IMPORTANTE:** inserire l'indirizzo della casella PEC a cui il SUAP dovrà inviare la ricevuta e le altre comunicazioni relative al procedimento

Cessazione dell'attività di	
Specificare	
Codice ATECO dell'attività cessata	Descrizione ATECO dell'attività cessata
Di cui autorizzazione/comunicazione DIA/SCIA numero	Del
Data cessazione dell'attività	

A seguito di

- chiusura definitiva dell'esercizio  
 trasferimento della proprietà o della gestione dell'impresa

A seguito di

- compravendita  
 affitto d'azienda  
 donazione  
 fusione  
 conferimento d'azienda  
 successione  
 reintestazione  
 altre cause
- data di decesso del titolare

Titolo autorizzativo per il commercio su aree pubbliche

- Commercio ambulante in posteggio di mercato (tipo A)

Numero	Data rilascio	Ente di riferimento
Numero posteggio	Mercato	

- Commercio ambulante in forma itinerante (tipo B)

Numero	Data rilascio	Ente di riferimento
--------	---------------	---------------------

Ubicazione della sede operativa

Particella terreni o unità immobiliare urbana	Codice catastale	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	
Ulteriori immobili oggetto del procedimento (se diverso da zero sarà necessario allegare il modulo "Ulteriori immobili oggetto del procedimento") il procedimento riguarda ulteriori immobili						

Ubicazione in centro commerciale

- non è inserito in un centro commerciale       è inserito in un centro commerciale

Se l'esercizio è inserito in un centro commerciale compilare la parte sottostante

Denominazione centro	Ente che ha rilasciato il provvedimento	Numero	Data

Soggetto subentrante

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Denominazione della ditta		Partita IVA

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	Permesso di soggiorno (obbligatorio per i cittadini di uno stato non appartenente all'Unione Europea)
<input type="checkbox"/>	Copia documento di riconoscimento del dichiarante. E' valida una sola allegazione per tutte le dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000
<input type="checkbox"/>	Copia atto pubblico o scrittura privata autenticata (obbligatorio in caso di atto di trasferimento tra vivi)
<input type="checkbox"/>	Copia denuncia di successione (obbligatorio in caso di atto di trasferimento mortis causa)
<input type="checkbox"/>	Versamenti diritti di istruttoria a favore dei singoli Enti coinvolti nel procedimento
<input type="checkbox"/>	ulteriori immobili oggetto del procedimento
<input type="checkbox"/>	Altri allegati (specificare)

**(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata dal richiedente con firma digitale.**

Qualora il dichiarante sia sprovvisto di firma digitale tutte le dichiarazioni sono sottoscritte con firma autografa, accompagnata da copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e dalla procura speciale, e il procuratore deve firmare digitalmente la comunicazione nonché tutti gli allegati.

**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)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Ariccia		
Luogo	Data	Il dichiarante