



AL COMUNE di _____


Ufficio _____

COMUNICAZIONE SOSPENSIONE ATTIVITA'

Il/la sottoscritto/a				
di cittadinanza				
nato/a il	a		Provincia di	
CF.	residente a		C.A.P.	
in via/piazza	n.		fax	

In qualità di:

<input type="checkbox"/> titolare dell'omonima impresa individuale				
PARTITA IVA				
con sede nel Comune di		C.A.P.	Provincia di	
in via/piazza	n.		fax	
iscritto al Registro Imprese al n.	dal		CCIAA di	

<input type="checkbox"/> legale rappresentante della Società:				
PARTITA IVA				
Denominazione o ragione sociale				
Con sede nel Comune di		C.A.P.	Provincia di	
Via/piazza	n.		fax	
Iscritta al Registro Imprese al n.	dal		CCIAA di	
autorizzato ad inoltrare la presente in forza dei poteri conferitigli dai patti sociali,				

COMUNICA

che l'esercizio di somministrazione di alimenti e bevande ubicato in via /piazza _____

_____ n. _____ all'insegna _____

SOSPENDERA' L'ATTIVITA' dal _____ al _____

per:

 ferie malattia motivi personali/aziendali altro _____

Data, _____

Firma