

IMPORTANTE – IL MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI

Al Comune di Cerea

	UFFICIO COMMERCIO Lun. merc. Ven. 9.00 – 13.00 mar. 16.00 – 18.00 Tel. 0442 80055 fax 0442 80010
---	---

Oggetto: CHIUSURA TEMPORANEA / CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

Il sottoscritto _____ in proprio / per conto della
Società _____ codice fiscale _____

Residente / con sede in _____ Via _____ n° _____

Titolare della licenza n. _____ rilasciata in data _____ per l'esercizio di:

- Tipo A) – somministrazione pasti e bevande**
- Tipo B) – somministrazione bevande**
- Tipo D) – somministrazione bevande analcoliche**
- Struttura ricettiva (albergo)**
- Altro:** _____

sito in Via _____ n. _____

COMUNICA

- di sospendere per chiusura temporanea** l'attività nell'esercizio suddetto a decorrere dal _____ al _____ (max. 12 mesi)
- che a decorrere dal giorno _____ **ha cessato / cesserà ogni attività** nell'esercizio suddetto, rinunciando all'autorizzazione di cui sopra.

Cerea, lì _____

firma

Allegato: originale dell'autorizzazione (da consegnare in caso di cessazione)

Residenza del dichiarante: _____