CITTA' di SANTA MARIA CAPUA VETERE

Provincia di Caserta

Servizio Attività Produttive

Tel: 0823 813 132 - fax 813 224

Via Albana - pal. LUCARELLI

attivita.produttive@comune.santa-maria-capua-vetere.ce.it

Al Dirigente Servizio Attività Produttive Al Comandante POLIZIA MUNICIPALE	*SPAZIO RISERVATO UFF. PROTOCOLLO*
chiusura **ESPOSIZIONE**	

_l_ sottoscritto/a _____ _____

cognome *nome*

nato/a il _____a_____

e residente in _____alla Via _____

_____n._____ cittadinanza _____ sesso M |__| F |__|

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *(16 caratteri)*,

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *(11 caratteri)*

☎ Tel. ..... FAX ..... e-mail .....@.....

in qualità di

☐ titolare della **impresa individuale** _____

☐ legale rappresentante della **società** _____

con sede legale in _____via _____n. _____

n. di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

☐ Autorizzazione amministrativa n._____ del ____/_____/_____

☐ Modello COM di inizio attività prot. n._____ del ____/_____/_____

per la vendita di _____

nell' esercizio ubicato in Via _____ n. _____

☐ con laboratorio artigianale ubicato in _____Via _____

n. _____ per la produzione di _____

C O M U N I C A

la **chiusura**, avvenuta in data ____/_____/_____ , del **locale adibito ad ESPOSIZIONE** dei prodotti oggetto del proprio commercio e/o produzione in Via _____n._____

_____/____/_____ _____

data ***FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante***

Si allega alla presente copia documento di riconoscimento