

**SETTORE ATTIVITÀ PRODUTTIVE E SERVIZI AL CITTADINO
UFFICIO COMMERCIO
DEL COMUNE DI AFFI**

COMUNICAZIONE di **CESSAZIONE ATTIVITÀ**
 SOSPENSIONE ATTIVITÀ

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Prov. _____) il _____ C.F. n. _____ residente
nel Comune di _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____
nella sua qualità di:

Titolare dell'IMPRESA INDIVIDUALE

Legale rappresentante della SOCIETÀ'

C.F. n. _____ Partita I.V.A _____ con sede nel
Comune di _____ (Prov. _____) C.A.P. _____ Via
_____ n. _____

COMUNICA

che l'attività di _____
avente sede in Affi, via _____

E' CESSATA dal _____. Si restituisce l'atto autorizzatorio relativo.

E' SOSPESA dal _____ fino al _____
(la comunicazione di sospensione dell'attività deve essere presentata qualora il periodo superi i 30 gg.)

per il seguente motivo _____
(necessario qualora la sospensione superi i 180 gg.)

Affi, _____

FIRMA
