

**Amministrazione destinataria**

Comune di Alatri

**Ufficio destinatario**

Ufficio SUAP

**Comunicazione di cessazione dell'esercizio dell'attività di spettacolo viaggiante****Il sottoscritto**

|                    |        |                |                  |                               |              |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-------------------------------|--------------|
| Cognome            |        | Nome           |                  | Codice Fiscale                |              |
| Data di nascita    |        | Sesso          | Luogo di nascita |                               | Cittadinanza |
| Residenza          |        |                |                  |                               |              |
| Provincia          | Comune | Indirizzo      |                  | Civico                        | Barrato      |
|                    |        |                |                  | Interno                       | Scala        |
|                    |        |                |                  | Piano                         | SNC          |
|                    |        |                |                  |                               | CAP          |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso |                  | Posta elettronica ordinaria   |              |
|                    |        |                |                  | Posta elettronica certificata |              |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|                                                          |        |                             |             |                               |         |
|----------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-------------|-------------------------------|---------|
| Ruolo                                                    |        |                             |             |                               |         |
| Denominazione/Ragione sociale                            |        |                             |             | Tipologia                     |         |
| Sede legale                                              |        |                             |             |                               |         |
| Provincia                                                | Comune | Indirizzo                   |             | Civico                        | Barrato |
|                                                          |        |                             |             | Interno                       | Scala   |
|                                                          |        |                             |             | Piano                         | SNC     |
|                                                          |        |                             |             |                               | CAP     |
| Codice Fiscale                                           |        |                             | Partita IVA |                               |         |
| Telefono                                                 |        | Posta elettronica ordinaria |             | Posta elettronica certificata |         |
|                                                          |        |                             |             |                               |         |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio |        |                             | Provincia   | Numero Iscrizione             |         |
|                                                          |        |                             |             |                               |         |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

|  |
|--|
|  |
|--|

**COMUNICA**

la cessazione dell'esercizio dell'attività di spettacolo viaggiante.

☐ referente per la pratica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

**Elenco degli allegati**

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

- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- ☐ copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- ☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- ☐ altri allegati (specificare)

**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)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Alatri

Luogo

Data

il dichiarante