

- CESSAZIONE DI ATTIVITÀ

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Via, Viale, Piazza, ecc. _____ N. |_|_|_|

CESSA DAL ___/___/___ PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa |_|
- chiusura definitiva dell'esercizio |_|

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA DELL'ESERCIZIO CESSATO

Alimentare |_| mq. |_|_|_|_|_|

Non alimentare |_| mq. |_|_|_|_|_|

Tablette speciali

Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. |_|_|_|_|_|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |_| NO |_|

se **SI** indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE _____

INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE COMPILATA (ESCLUSA LA D), ATTIVITÀ ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE FACENDO RIFERIMENTO AI PRODOTTI INCLUSI NELL'ALLEGATO C

Attività prevalente: _____

Attività secondaria: _____

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data _____