

**Amministrazione destinataria****Ufficio destinatario****COMUNICAZIONE:**

- Cessazione di attività

## **Comunicazione di cessazione di attività di struttura ricettiva non alberghiera svolta in forma non imprenditoriale**

**Il sottoscritto**

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

**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

**in relazione all'attività di****Attività svolta**

- bed & breakfast (articolo 29 della Legge regionale 01/10/2015, n. 27)
- rifugi alpinistici (articolo 32, comma 1 della Legge regionale 01/10/2015, n. 27)
- rifugi escursionistici (articolo 32, comma 2 della Legge regionale 01/10/2015, n. 27)

**Somministrazione di alimenti e bevande**

- ai soli alloggiati
- al pubblico
- assente

**con sede operativa in**

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura	<input type="checkbox"/>
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	<input type="checkbox"/>
							SNC	<input type="checkbox"/>
							CAP	<input type="checkbox"/>

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (*allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento"*)

il procedimento riguarda ulteriori immobili

**in precedenza avviata tramite**

<b>Titolo autorizzativo</b>	Protocollo	Data	Ente di riferimento
<input type="radio"/> autorizzazione, concessione o nulla osta			
<input type="radio"/> SCIA o comunicazione			
<input type="radio"/> altro ( <i>specificare</i> )			

**COMUNICA**

- cessazione dell'attività contestuale alla comunicazione  
 cessazione dell'attività con decorrenza dal

 **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*)

- notifica sanitaria (articolo 6 del Regolamento di esecuzione dell'Unione europea 29/04/2004, n. 852)  
 ulteriori immobili oggetto del procedimento  
 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.

Luogo

Data

il dichiarante