

AL COMUNE DI _____

____|____|____|____|____|____|____|____|
Codice ISTAT

DOMANDA DI SOSPENSIONE ATTIVITA'

Il sottoscritto _____

nato a _____ , il _____

di sesso _____ , residente e domiciliato a _____

in via _____ , n. _____ , C.A.P. _____ ,

codice fiscale _____ , recapito telefonico _____ ,

nella sua qualità di legale rappresentante della Società _____ ,

con sede e domicilio fiscale in _____ ,

codice fiscale _____ , recapito telefonico _____ ,

CHIEDE

LA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' PER IL CHIOSCO SITO IN VIA

PER IL PERIODO DAL _____ AL _____

DATA _____

FIRMA

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA

- **Autorizzazione Commerciale originale.**
- **Copia documento di identità**