

AL COMUNE DI _____

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

DOMANDA DI CESSAZIONE

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 _____

iscritto al Registro Imprese n. _____ CCIAA di _____

COMUNICA

LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' DI COMMERCIO AMBULANTE IN FORMA ITINERANTE

AUTORIZZAZIONE N° _____

DAL COMUNE DI _____ IL _____

Data _____

firma

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA

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