

1	<b>ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)</b>				
	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo	Num. Prot
			<input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica		
<b>NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA</b>					

Al SUAP del Comune di .....

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

**TRASMETTE COMUNICAZIONE RELATIVA A:**

	Codice	Nome attività	Oggetto
0	47.100R	<input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti non alimentari	VENDITA DI LIQUIDAZIONE PER: <input type="checkbox"/> CESSAZIONE ATTIVITA' (Pag.2) <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO PROPRIETA' O GESTIONE DELL'AZIENDA (Pag.3) <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO SEDE (Pag.4) <input type="checkbox"/> TRASFORMAZIONE O RINNOVO LOCALI (Pag. 5)
	47.101R	<input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti alimentari	
	47.102R	<input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti non alimentari	
	47.103R	<input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti alimentari	
	47.104R	<input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti non alimentari	
	47.105R	<input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti alimentari.	
	47.106R	<input type="checkbox"/> Spacci interni	

**ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO CHE:**

A1	<b>DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A2	<b>IN QUALITA' DI</b>			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale <input type="checkbox"/> Legale rappresentante <input type="checkbox"/> Istitore <input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile ..... Repertorio n. .... del ..... e registrato il .....			
A3	<b>DELLA</b>			
	Forma giuridica *	Denomin.**		
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/piaz.	N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA	Codice Fiscale		
	<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1			

B	<b>INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI</b>			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telefono	Cellulare	Fax

VENDITA DI LIQUIDAZIONE PER CESSAZIONE DI ATTIVITA'

<b>C</b>	<b>DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA'</b>		
	Indirizzo Via/P.za		Civico
	Piano/scala/interno		
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna		
<b>C1</b>	<input type="checkbox"/> NELL'ESERCIZIO DI VICINATO DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NELLO SPACCIO INTERNO DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE DI CUI ALLA DICHIARAZIONE DEL _____ PROTOCOLLO _____		
	<input type="checkbox"/> NELLA MEDIA STRUTTURA DI VENDITA <input type="checkbox"/> NELLA GRANDE STRUTTURA DI VENDITA DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE DI CUI ALLA AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____ PROTOCOLLO _____		
	sarà avviata la vendita di liquidazione per cessazione dell'attività, avente per oggetto tutte le merci presenti nei locali dell'esercizio, o nei locali di sua pertinenza, a partire dalla data del <sup>1</sup> _____		
	A tale scopo, <input type="checkbox"/> presenta contestualmente comunicazione di cessazione dell'attività commerciale, con effetto a partire dal <sup>1</sup> _____		
	<input type="checkbox"/> dichiara di aver presentato comunicazione di cessazione dell'attività commerciale, in data _____ prot. _____ con effetto a partire dal <sup>2</sup> _____		

Note:

1. La liquidazione può essere avviata trascorsi 10 giorni dalla presentazione della presente comunicazione.
2. Inserire la data di cessazione di attività indicata nella comunicazione di cessazione

# VENDITA DI LIQUIDAZIONE PER TRASFERIMENTO PROPRIETA' O GESTIONE DELL'AZIENDA

<b>C</b>	<b>DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA'</b>		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna		
<b>C1</b>	<input type="checkbox"/> NELL'ESERCIZIO DI VICINATO DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NELLO SPACCIO INTERNO DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE DI CUI ALLA DICHIARAZIONE DEL _____ PROTOCOLLO _____		
	<input type="checkbox"/> NELLA MEDIA STRUTTURA DI VENDITA <input type="checkbox"/> NELLA GRANDE STRUTTURA DI VENDITA DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE DI CUI ALLA AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____ PROTOCOLLO _____		
	sarà avviata la vendita di liquidazione per trasferimento della proprietà o della gestione dell'azienda, avente per oggetto tutte le merci presenti nei locali dell'esercizio, o nei locali di sua pertinenza, a partire dalla data del <sup>1</sup> _____		
	A tale scopo dichiara di aver sottoscritto in data _____ l'atto pubblico o la scrittura privata autenticata (Repertorio n. _____ studio notarile _____ registrato a _____ il _____), con il quale è avvenuto il trasferimento della proprietà o della gestione dell'azienda.		

**Note:**

1. La liquidazione può essere avviata trascorsi 10 giorni dalla presentazione della presente comunicazione.

---

*Note:*

1. La liquidazione può essere avviata trascorsi 10 giorni dalla presentazione della presente comunicazione.

# VENDITA DI LIQUIDAZIONE PER TRASFORMAZIONE O RINNOVO DEI LOCALI

<b>DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA'</b>			
<b>C</b>	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna		
<b>C1</b>	<input type="checkbox"/> NELL'ESERCIZIO DI VICINATO DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NELLO SPACCIO INTERNO DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE DI CUI ALLA DICHIARAZIONE DEL _____ PROTOCOLLO _____		
	<input type="checkbox"/> NELLA MEDIA STRUTTURA DI VENDITA <input type="checkbox"/> NELLA GRANDE STRUTTURA DI VENDITA DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE DI CUI ALLA AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____ PROTOCOLLO _____		
	sarà avviata la vendita di liquidazione per trasformazione o rinnovo locali, avente per oggetto tutte le merci presenti nell'esercizio, o nei locali di sua pertinenza, a partire dalla data del <sup>1</sup> _____		
	A tale scopo, <input type="checkbox"/> dichiara di aver presentato in data _____ prot. _____ la DIA edilizia avente per oggetto i lavori di trasformazione dei locali dell'esercizio; <input type="checkbox"/> dichiara di aver ottenuto in data _____ prot. _____ il Permesso a Costruire n. _____, avente per oggetto i lavori di trasformazione dei locali dell'esercizio; <input type="checkbox"/> dichiara che il rinnovo dei locali investe almeno l'ottanta per cento degli arredi.		

Note:

1. La liquidazione può essere avviata trascorsi 10 giorni dalla presentazione della presente comunicazione.

<b>G</b>	<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b>			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *			
	N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *			
	N.	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				

<b>H</b>	<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b>			
	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del <b>D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196</b> : - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge			

Data e luogo

**Il Dichiarante**

.....

.....

*\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica*