

Al Comune di CARONNO VARESINO

Settore/Servizio \_\_\_\_\_

OGGETTO: **Comunicazione per cessazione di attività di somministrazione di alimenti e bevande** \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, nella sua qualità di \_\_\_\_\_,  
titolare dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ per l'attività di somministrazione di  
alimenti e bevande denominata \_\_\_\_\_  
sita in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

ai sensi della vigente normativa regionale, la cessazione dell'attività dal \_\_\_\_\_.

A tal fine allega l'autorizzazione suindicata.

\_\_\_\_\_, *li* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**L'autenticità della firma è garantita con le seguenti modalità:**

<b>1° caso (presentazione diretta)</b>	<b>2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)</b>
Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla. Modalità di identificazione: _____ Data _____ <b>IL DIPENDENTE ADDETTO</b>	Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento: Tipo <sup>(*)</sup> _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____ Data _____ <b>FIRMA DEL DICHIARANTE</b>

(\*) Passaporto, carta d'identità, patente, ecc.