

SPORTELLO UNICO PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE

Spazio per il
timbro di Protocollo

AI COMUNE DI CAFASSE
Ufficio Commercio
P.zza Vitt. Veneto 1
10070 CAFASSE (TO)

PRIVACY: Nel compilare questo modello le chiederemo di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.

ATTENZIONE: Le vendite di liquidazione sono ammesse in ogni periodo dell'anno e devono essere comunicate **almeno 15 gg.** prima del loro inizio. Sulle merci deve essere indicato il prezzo normalmente praticato, lo sconto in percentuale ed il nuovo prezzo scontato. L'inosservanza dei termini di inoltro e la mancanza dei dati/allegati prescritti, comporta il **rigetto** della comunicazione. Pertanto la vendita straordinaria, ove ugualmente effettuata, sarà soggetta alle sanzioni previste in materia

AVVERTENZA

Il dichiarante, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, si dichiara a conoscenza che i dati forniti devono essere veritieri ed è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale. Ne consegue la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale _____ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Indirizzo _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ Fax _____

Il soggetto sopra indicato è:

titolare di ditta individuale legale rappresentante:

Denominazione/Ragione Sociale _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

Sede Legale : Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Indirizzo _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ Fax _____

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

COMUNICA

in relazione all'attività di: Esercizio di Vicinato Media Struttura
 Grande Struttura Forma Speciale di Vendita

SPORTELLO UNICO PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE

svolta nel locale posto in Via/P.za _____ n. _____

in base a: autorizzazione comunicazione n° _____ del _____

che **dal giorno** _____ **compreso** (INIZIO della vendita di liquidazione)

e **fino al giorno** _____ **compreso** (TERMINE della vendita di liquidazione)

effettuerà, nel suddetto esercizio, una (*barrare la casella corrispondente*)

VENDITA DI LIQUIDAZIONE PER:

TRASFORMAZIONE O RINNOVO LOCALI

A tal fine **DICHIARA**

che i locali sede del suddetto esercizio saranno interessati dalla seguente trasformazione/rinnovo legittimamente posti in essere in quanto:

ha provveduto in proposito a presentare a _____
in data _____ D.I.A. n° _____

in data _____ è stato rilasciato da _____
permesso a costruire n° _____

sarà provveduto al rinnovo degli arredi in misura di **almeno 80%**, dandone adeguata prova mediante la descrizione degli arredi da sostituire o la produzione di appositi preventivi

di essere a conoscenza che al TERMINE della comunicata vendita di liquidazione l'attività dovrà essere sospesa, chiudendo immediatamente i locali al pubblico, per il tempo necessario all'effettuazione dei lavori stessi

di essere a conoscenza che la comunicata vendita di liquidazione non potrà avere una **DURATA SUPERIORE A 4 SETTIMANE**

Oppure

TRASFERIMENTO DELL'AZIENDA IN ALTRI LOCALI

A tal fine **DICHIARA**

che in data _____ (pratica n° _____) ha:

presentato comunicazione ottenuta autorizzazione

per il trasferimento dell'esercizio nei nuovi locali posti in

Via /P.za _____ n. _____

di essere a conoscenza che la comunicata vendita di liquidazione non potrà avere una **DURATA SUPERIORE A 4 SETTIMANE**

Oppure

CESSIONE DELL'AZIENDA

SPORTELLO UNICO PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE

A tal fine **DICHIARA**

- di aver ceduto il suddetto esercizio al Sig./ alla Società _____
dalla data _____ con atto di _____
ai rogiti del Notaio _____
rep. N. _____ registrato a _____ il _____ al n. _____
- di aver presentato comunicazione di cessazione dell'attività per trasferimento in proprietà o gestione dell'esercizio in data _____ utilizzando l'apposita modulistica
- di essere a conoscenza che la comunicata vendita di liquidazione non potrà avere una **DURATA SUPERIORE A 8 SETTIMANE**

Oppure

CESSAZIONE ATTIVITA' COMMERCIALE PER CHIUSURA DEFINITIVA ESERCIZIO

A tal fine **DICHIARA**

- di aver presentato comunicazione di cessazione (pratica n° _____) dell'attività per chiusura definitiva dell'esercizio in data _____ utilizzando l'apposita modulistica
- di essere a conoscenza che al TERMINE della vendita di liquidazione lo stesso soggetto non può riprendere la medesima attività nello stesso locale, se non decorsi 180 gg. dalla data di cessazione indicata nella relativa comunicazione e previo perfezionamento della procedura di cui all'art. 7 del D. Lgs. 114/98 o rilascio di nuova autorizzazione
- di essere a conoscenza che la comunicata vendita di liquidazione non potrà avere una **DURATA SUPERIORE A 8 SETTIMANE**

ALLEGA

- (*obbligatorio*) Copia di un documento di identità in corso di validità
- (*obbligatorio, se cittadino extracomunitario*) Copia permesso di soggiorno
- (*obbligatorio solo in caso di vendita di liquidazione per trasformazione o rinnovo locali*) descrizione degli arredi da sostituire o preventivo

L'interessato

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure
allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità
