

## Amministrazione destinataria

Città di Ponte San Pietro

Ufficio destinatario

## **COMUNICAZIONE:**

☑ Chiusura della filiale di agenzia di viaggio e turismo

## Comunicazione di chisura della filiale di attività di agenzia di viaggio e turismo

Il sottos	ritto											
Cognome				Nome				Codice Fisc	ale			
Data di nascit	ta		Sesso	Luogo di nascita				Cittadinan	za			
Residenza Provincia	Comune		Indirizzo		Civ	rico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono celli	ulare	Telefono fiss		Posta elettronica oro	linaria			Posta elett	ronica certi	ificata		
in qualità di (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)												
Ruolo												
Denominazio	ne/Ragione soc	iale						Tipologia				
6.1.11.												
Sede legale Provincia	Comune		Indirizzo		Civ	rico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale Partita IVA												
Telefono				Posta elettronica oro	dinaria			Posta elett	tronica cert	ificata	47	
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio							Provincia	Numero Iscrizione				
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)							Provincia	Numero iso	rizione			
Posizione INA	NII.				r-	dice INAIL i	moraea					
POSIZIONE NA	116				Co	uice IIVAIL I	Impresa					

## domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

la chiusura della filiale

<ul><li>Chiusura della filiale contestuale alla comunicazione</li><li>Chiusura della filiale con decorrenza dal</li></ul>									
avviata con con SCIA, DIA o a Numero protocollo	utorizzazione Data protocollo	Ente di riferimento	Ente di riferimento						
con sede in Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat. Sezione Fogli	o Particella Subalterno	Categoria Visura						
Provincia Comune	Indirizzo Civico	Barrato Interno	Scala Piano S	SNC CAP					
referente per la pratica	Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita  Telefono cellulare  Telefono fiss	Sesso Luogo di nascita  Posta elettronica oi	diania	Cittadinanza  Posta elettronica certificata						
Telefolio Celiulale			r vota eletti viilta tei tiiltata						
		nco degli allegati							
(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)  copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura  altri allegati (specificare)									
Informativa sul trattamento dei dati personali  (ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)  dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.									
		C							
			C						
Ponte San Pietro									
Luogo	Data		il dichiarante						