

**Amministrazione destinataria**

Città di Ponte San Pietro

**Ufficio destinatario**

Ufficio SUAP

**Comunicazione di assenza per commercio su aree pubbliche****Il sottoscritto**

|                    |                |        |                             |        |                               |         |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|--------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             |        | Codice Fiscale                |         |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |        | Cittadinanza                  |         |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |        | Posta elettronica certificata |         |       |       |     |     |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|  |           |                             |           |             |                               |                   |       |       |     |     |
|--|-----------|-----------------------------|-----------|-------------|-------------------------------|-------------------|-------|-------|-----|-----|
| Ruolo  |           |                             |           |             |                               |                   |       |       |     |     |
| Denominazione/Ragione sociale                            |           |                             |           |             |                               | Tipologia         |       |       |     |     |
| Sede legale  | Provincia | Comune                      | Indirizzo | Civico      | Barrato                       | Interno           | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Codice Fiscale   |           |                             |           | Partita IVA |                               |                   |       |       |     |     |
| Telefono   |           | Posta elettronica ordinaria |           |             | Posta elettronica certificata |                   |       |       |     |     |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio |           |                             |           |             | Provincia                     | Numero Iscrizione |       |       |     |     |

**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

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**titolare di concessione per commercio su aree pubbliche**

| Numero concessione | Data rilascio |
|--------------------|---------------|
|                    |               |
|                    |               |
|                    |               |

## COMUNICA

l'assenza per

- ferie
- malattia
- gravidanza
- altra motivazione (specificare)

### nel periodo

|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| Data inizio assenza | Data fine assenza |
|                     |                   |

### referente per la pratica

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale              |                               |
|                    |                |                             |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                    |                |                             |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                             |                               |

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del certificato medico
- 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.

Ponte San Pietro

Luogo

Data

il dichiarante