COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE ATTIVITA' ESTETISTA - ACCONCIATORE

Al Comune di LAVAGNA SUAP Piazza della Libertà, 47 16033 LAVAGNA

Il/la sottoscritto/a						
(Cognome)	(Nome)		_ _ _	_ _ _ _ . (Codic	_ _ _ _ e fiscale)	_ _ _ _
nato/a a	, ,	:OV		`	,	
residente a	(P	rov	_) in Via/	Piazza		
nn.	cap					
telefono fax		e-mail _				
in qualità di:						
□ titolare della omonima ditta indi	viduale, partita I.V.A.	_	_	_	_ _	
□ legale rappresentante						
della Società						
con sede legale in	Via/Piazza				[n
partita I.V.A. _ _ _ _						
□ altro (specificare)						
	COMUN	CA				
per chiusura definitiva dell'esercizio,	, la CESSAZIONE, a d	ar data dal _.	_/	_/	, dell'a	ttività di
_ acconciatore, ubicata nei locali	i siti in Via/Piazza					
per la quale è stata presentata D.I.A	A./S.C.I.A. in data	/	/_			
_ estetista , ubicata nei locali siti	in Via/Piazza					
per la quale è stata presentata D.I.A	A./S.C.I.A. in data	/	/_			
Data						
	Firma					

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento.