

Amministrazione destinataria

Stato Italiano

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Comunicazione di assenza per commercio su aree pubbliche

Il sottoscritto									
Cognome		Nome			Codice Fis	scale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascit	ta		Cittadinar	nza			
Residenza Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
Provincia containe	IIIdii1225		Civico	Darrato	Interno	Scala	Fiano		CAF
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettroni	ca ordinaria		Posta elei	ttronica certi	ificata		
in qualità di (questa	sezione deve essere con	pilata se il dichiara	nte non è una persona	fisica)					
Ruolo	_								
Denominazione/Ragione s	ociale				Tipologia				
Sede legale									
Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale Partita IVA									
Telefono		Posta elettroni	in auditoria		Dooto ele	ttronica certi	Siente		
releiollo		Posta elettrolli	Ca ordinaria		Posta ele	ttionica cert	IIICata		
La Charles and Barbara Laure				5					
Iscrizione al Registro Impre	ese della Camera di Comm	ercio		Provincia	Numero I	scrizione			
				4					
domiciliazione del	le comunicazioni r	elative al proc	edimento						
(articolo 3-bis, comma 4-qui									
Il sottoscritto chiede che le			1	one vengano in	riate al segue	nte indirizzo	di nosta el	ettronica	certificata
in Socioscifico cinicae che le	. comameazioni relative a	procedimento trasn	resse dan Amministrat	one renganoun	nate ar segue	inc manizzo	ai posta ci	etti omea	certificata
titolare di concessi	one per commerci	o su aree pubb							
Numero concessione			Data ri	ascio					

COMUNICA

l'assenza per										
O ferie										
O malattía										
gravidanza										
O altra motivazione (specificare)										
nel periodo										
Data inizio assenza	Data fine assenza									
referente per la pratica										
Cognome	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 proc	ura									
altri allegati (specificare)	7.0									
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.										
presentazione della pratica.										
	74									
Lungo	il dichiarante									