



Amministrazione destinataria

Comune di Dresano

Ufficio destinatario

Ufficio Commercio e 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 | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | 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 | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | 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.

| | | |
|---------|------|----------------|
| Dresano | | |
| Luogo | Data | il dichiarante |