



MOD. COM 1

## REGIONE PUGLIA

Esercizi di Commercio al dettaglio di vicinato

## SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'

COMPILARE IN STAMPATELLO

Al Comune di ANDRIA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ai sensi della L.R. 11/03 e Regolamento Regionale n. 3/2011, il sottoscritto

Cognome IEVA Nome NUNZIAC.F. V I E N N Z I P S I A 2 8 5 JData di nascita 11/09/73 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☐ F ☒Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIAResidenza Provincia BT Comune ANDRIA  
Via, Piazza, ecc. PAISIELO N. 52 C.A.P. 76123in qualità di: EREDE DEL DE CUIUS CAMPANILE FRANCESCO☒ titolare dell'omonima impresa individualePartita I.V.A. (se già iscritto) 106050910725con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BTVia, Piazza, ecc. TRAETA N. 64 C.A.P. 76123 Tel. N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) 45887 CCIAA di BARI☐ legale rappresentante della Società :Cod. fiscale ☐Partita IVA (se diversa da C.F.) ☐denominazione o ragione sociale con sede nel Comune di  Provincia Via, Piazza, ecc.  N.  C.A.P.  Tel. N. di iscrizione al Registro Imprese  CCIAA di 

Trasmette SCIA relativa a

- A APERTURA** ☐
- A1 NUOVO ESERCIZIO ☐
- A2 CONCENTRAZIONE ☐
- B APERTURA PER SUBINGRESSO** ☐
- C VARIAZIONI** ☐
- C1 TRASFERIMENTO DI SEDE ☐
- C2 AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA ☐
- C3 VARIAZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO ☐
- D CESSAZIONE ATTIVITÀ'** ☒

**dichiara quanto contenuto nella rispettiva sezione:**

Copia del presente modello va contestualmente presentata al Registro Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio.

La segnalazione ha efficacia dalla data della presentazione all'amministrazione competente

# SEZIONE D - CESSAZIONE DI ATTIVITÀ

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune ANDRIA

C.A.P. 716123

Via, Viale, Piazza, ecc. PUCINI

N. 12

CESSA DAL 17/09/16 PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa ☐
- chiusura definitiva dell'esercizio PER DECESSO ☒

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA DELL'ESERCIZIO CESSATO

Alimentare e misto	<input type="checkbox"/>	mq.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Non alimentare beni persona	<input type="checkbox"/>	mq.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Non alimentare altri beni	<input checked="" type="checkbox"/>	mq.	<u>0</u> <u>5</u> <u>0</u>
Non alimentare beni a basso li	<input type="checkbox"/>	mq.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Sup. vendita totale</b>		<b>mq.</b>	<u>0</u> <u>5</u> <u>0</u>

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmacie ☐ Carburanti ☐ mq. ☐☐☐☐

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. 0150

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI ☐ NO ☒

se SI indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

**INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE COMPILATA (ESCLUSA LA D), L'ATTIVITÀ ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE FACENDO RIFERIMENTO AI PRODOTTI INCLUSI NELL'ALLEGATO C**

Attività prevalente: COMMERCIO AL DETAGLIO DI PARTI E ACCESSORI DI AUTOVEICOLI

Attività secondaria: \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☐ ALLEGATI: A ☐ B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 13/10/2016

Ugo Jero