



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 MANGIA CARDO Nome NICOLA

C.F. | H | N | G | N | C | L | 7 | 7 | H | 2 | 4 | A | 2 | 8 | 5 |

Data di nascita 24/08/77 Cittadinanza ITALIA Sesso M ☒ F ☐

Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA

Residenza Provincia BT Comune ANDRIA

Via, Piazza, ecc. VIA SUGGERIMENTO N. 113 C.A.P. 76123

in qualità di:

titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto) 05833510729

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. CITTADELLA N. 33 C.A.P. 76123 Tel. _____

N.di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) 444028 CCIAA di BARI

[] legale rappresentante della Società :

Cod. fiscale

[illegible]

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____ Tel. _____

N.d'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 ANDRIS

C.A.P. 76123

Via, Viale, Piazza, ecc. VIA CITTÀ DEUA

N. 133

CESSA DAL 31/12/16 PER:

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

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

Alimentare e misto	<input type="checkbox"/>	mq.	<input type="checkbox"/>
Non alimentare beni persona	<input type="checkbox"/>	mq.	<input type="checkbox"/>
Non alimentare altri beni	<input checked="" type="checkbox"/>	mq.	<u>20</u>
Non alimentare beni a basso ir	<input type="checkbox"/>	mq.	<input type="checkbox"/>
Sup. vendita totale		mq.	<input type="checkbox"/>

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmacie ☐ Carburanti ☐ mq. ☐

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. 25

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI ☐ NO ☒

se **SI** indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Manfredo Nicol

Data _____