



## 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 VIGONI Nome SABINA

C.F. | V | G | N | S | B | N | 9 | 1 | E | 6 | 5 | A | 2 | 8 | 5 | N |

Data di nascita 25/05/91 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☐ F ☒  
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA  
 Residenza Provincia BT Comune ANDRIA  
 Via, Piazza, ecc. VIA CILEA N. 17 C.A.P. 76123

**in qualità di:**

in qualità di:  
☒ titolare dell'omonima impresa individuale **VIGONI SABINA**

Partita I.V.A. (se già iscritto) 07667390723

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. VIALE TRENINO N. 21/A C.A.P. 76123 Tel. \_\_\_\_\_

N.di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) \_\_\_\_\_ CCIAA di \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

G2 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