

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ RELATIVA ALLA
CESSAZIONE DI ATTIVITÀ SEGUITA DA CHIUSURA O DAL TRASFERIMENTO DI
TITOLARITÀ (CON O SENZA CAMBIO DI RAGIONE SOCIALE) DELL'UNITÀ
PRODUTTIVA OGGETTO DI RICONOSCIMENTO**

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto nato a (Prov.....),
il, Cod. Fiscale residente a
..... (Prov.....), in Via, n°, in qualità di
..... della Ditta con sede
legale nel Comune di Via n°,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

D I C H I A R A

Che la/e attività riconosciuta/e di seguito indicata/e:

..... atto di riconoscimento prot. n° del

..... atto di riconoscimento prot. n° del

..... atto di riconoscimento prot. n° del

svolta/e nell'unità produttiva con sede nel Comune di
(Prov.....), in Via....., n°..... riconosciuta con numero CE
(Approval number).....,

a far data dal..... :

- è/sono cessata/e definitivamente;
- è/sono stata/e ceduta/e al Sig.
che ne ha acquisito la nuova titolarità;
- è/sono spostata/e in altra sede;
- è/sono transitata/e ad attività soggetta a registrazione.

(barrare la/e voce/i che interessa/no)

Data.....

Firma.....

DICHIARA

Di essere informato che il trattamento dei dati avverrà nel rigoroso rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 e relative norme di armonizzazione.

L'informativa sul trattamento è sul sito web ASL 3 al seguente indirizzo: <http://www.asl3.liguria.it/siti-tematici/privacy.html>

Data.....

Firma

Allegato: fotocopia di un documento di identità del dichiarante