

Spett.le
Ufficio S U A P
Capo d'Orlando

Richiesta Cessazione/Chiusura Temporanea/ Riapertura per "strutture ricettive"

DATI DICHIARANTE:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
C.F. _____
Residente in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
In qualità di Titolare / Legale Rappresentante
e-mail _____ pec _____
Tel. _____ Cell. _____
Documento di identità n. _____ scadenza _____ rilasciato da: _____

DATI SOCIETA'/IMPRESA INDIVIDUALE:

Denominazione società: _____
P.IVA/C.F.: _____
Sede legale — recapito: Via _____ n. _____ Comune _____
Prov. _____

DATI STRUTTURA:

Denominazione: _____
Attiva dal _____
Ubicata in: Via _____ n. _____ piano _____ interno _____
Comune: _____ Prov. _____
Tipo struttura (albergo, affittacamere, casa vacanze, ...): _____

CHIEDE

A far data dal _____

- LA CESSAZIONE DEFINITIVA DELLA STRUTTURA
 LA CHIUSURA TEMPORANEA DELLA STRUTTURA
 LA RIAPERTURA DELLA STRUTTURA (solo se precedentemente sospesa)

Data _____ Firma _____