

1	ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)				
	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo	Num. Prot
			<input type="checkbox"/> via telematica		
NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA					

Revisione: Agosto 2015

COMUNICAZIONE
(L.R.T. 27/04/2009 n. 21)

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

COMUNICAZIONE RELATIVA A:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
		<input type="checkbox"/> APICOLTURA	<input type="checkbox"/> CESSAZIONE ATTIVITA'

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
Indirizzo email				
A2	IN QUALITA' DI			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Institore	
<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile repertorio N° del e registrato a il				
A3	DELLA			
	Forma giuridica *		Denomin.**	
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/piaz.		N. civico	CAP
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA		Codice Fiscale	
<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1				

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telef	Cell.	Fax
	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC)			

CESSAZIONE ATTIVITA'

C	DELL'ATTIVITA' DI APICOLTURA ESERCITATA IN		DALL' AZIENDA APISTICA DENOMINATA	
	COSTITUITA DA N.	APIARI	PER UN TOTALE DI N.	ALVEARI
	L'AZIENDA PRATICAVA IL NOMADISMO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
La cessazione è a far data da:				
L'attività era esercitata in forza dell'Aut. n. del o della SCIA presentata a il , prot. n.				

E	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N.	Rilasciato da	Il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				

F	TRATTAMENTO DATI PERSONALI			
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196: - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dall'Unione Valdera, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che l'Unione Valdera potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge			

Data e luogo

Firma
L'interessato

Allegati:

1. originale titolo abilitativo.