

COMUNICAZIONE CESSAZIONE ATTIVITÀ DI REVISIONE AUTOVEICOLI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
IN QUALITÀ DI (1)
DELL'IMPRESA/CONSORZIO (2)

- (1) indicare la qualifica: titolare, legale rappresentante
(2) indicare l'esatta ragione sociale o denominazione

**COMUNICA
LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI REVISIONE AUTOVEICOLI**

NELLA SEDE IN COMUNE DI
VIA N°
A PARTIRE DAL GIORNO / / PER
☐ TRASFERIMENTO DEL COMPLESSO AZIENDALE (3)
CON ATTO DEL / / (4) (*)
☐ ALTRO (5) (*)

SI RESTITUISCE L'AUTORIZZAZIONE N° IN ORIGINALE

- (*) barrare il caso che interessa
(3) specificare natura dell'operazione (vendita, affitto, usufrutto, comodato)
(4) allegare copia dell'atto
(5) specificare natura dell'operazione (cessata attività ecc.)

/ / / (firma) _____

Il presente modulo può essere sottoscritto in presenza del dipendente addetto oppure trasmesso già firmato all'Amministrazione per posta o tramite terza persona, allegando in tal caso una fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.