



Amministrazione destinataria  
Comune di Castelli Calepio

Ufficio destinatario  
Ufficio SUAP

## Comunicazione di assenza per commercio su aree pubbliche

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia				
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Codice Fiscale		Partita IVA								
Telefono		Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata				
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio						Provincia	Numero Iscrizione			

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

### titolare di concessione per commercio su aree pubbliche

Numero concessione	Data rilascio

## COMUNICA

l'assenza per

<input type="radio"/>	ferie
<input type="radio"/>	malattia
<input type="radio"/>	gravidanza
<input type="radio"/>	altra motivazione (specificare)

### nel periodo

<b>Data inizio assenza</b>	<b>Data fine assenza</b>

### referente per la pratica

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<b>Telefono cellulare</b>	<b>Telefono fisso</b>	<b>Posta elettronica ordinaria</b>	<b>Posta elettronica certificata</b>

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input type="checkbox"/>	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Castelli Calepio

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**