

**Amministrazione destinataria**



**Ufficio destinatario**

**Comunicazione di assenza per commercio su aree pubbliche**

**Il sottoscritto**

|                    |                |        |                             |        |                |                               |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|--------|----------------|-------------------------------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             |        | Codice Fiscale |                               |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |        | Cittadinanza   |                               |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico | Barrato        | Interno                       | Scala | Piano | SNC | CAP |
| 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   | Interno                       | Scala | Piano | SNC | 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

- ferie
- malattia
- gravidanza
- altra motivazione (specificare)

### nel periodo

| Data inizio assenza | Data fine assenza |
|---------------------|-------------------|
|                     |                   |

### referente per la pratica

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale              |                               |
|                    |                |                             |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
|                    |                |                             |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                             |                               |

### Elenco degli allegati

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

- copia del certificato medico
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- 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.

|       |      |                |
|-------|------|----------------|
|       |      |                |
| Luogo | Data | il dichiarante |