

COMUNICAZIONE CESSAZIONE ATTIVITA' DI STUDIO DI CONSULENZA PER LA CIRCOLAZIONE DEI MEZZI DI TRASPORTO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
IN QUALITA' DI (1)
DELL'IMPRESA/SOCIETA' (2)

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

COMUNICA

LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' DELLO STUDIO DI CONSULENZA PER LA CIRCOLAZIONE DEI MEZZI DI TRASPORTO

DENOMINATO
CON SEDE A
VIA N°
A PARTIRE DAL GIORNO / / PER
 TRASFERIMENTO DEL COMPLESSO AZIENDALE (3)
CON ATTO DEL / / (*)
 ALTRO (4) (*)

SI RESTITUISCONO L'AUTORIZZAZIONE N° IN ORIGINALE E I TESSERINI DI ACCESSO AI PUBBLICI UFFICI RILASCIATI

(*) barrare il caso che interessa

- (3) specificare natura dell'operazione (vendita, affitto, usufrutto, comodato)
(4) 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.