

**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.**