

D5 - Cessazione

Il/la sottoscritto/a, consapevole che fornire false dichiarazioni è penalmente perseguibile ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- Di essere edotto/a che quanto in precedenza notificato esplica i propri effetti esclusivamente con riguardo alla pratica sanitaria (AUTORIZZAZIONE AGLI EFFETTI SANITARI ovvero ATTO DI AGGIORNAMENTO IMPRESA ALIMENTARE), e che resta a carico dello/a scrivente ogni eventuale ulteriore adempimento dovuto in connessione all'evento;
- Che, oltre all'evento in precedenza notificato, nessun altro presupposto soggettivo ed oggettivo afferente l'attività è intervenuto, ivi compresa la situazione dei locali e delle attrezzature che è rimasta immutata nel tempo rispetto a quanto accertato all'atto del rilascio del titolo ad oggi oggetto di cessazione;
- Di aver prodotto la medesima documentazione sia al Comune che alla ASL e di aver presentato tale istanza al Comune di in data.....
(N.B. – In caso di presentazione cartacea)

DATA.....

FIRMA(per esteso e leggibile

.....