

Regione
Lombardia

MODULISTICA REGIONALE UNIFICATA

COMUNICAZIONE
 Agenzie di viaggio e turismo
Spazio per
apposizione
protocolloInserire qui stemma del
Comune
COMUNICAZIONE APERTURA / CHIUSURA FILIALE

Al Comune di _____

Ai sensi della l.r. 1 ottobre 2015, n. 27 (art. 58)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice ISTAT Comune
(a cura degli Uffici Comunali)
Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita _____ Prov. ____ Stato _____

Comune di residenza _____ Prov. ____

Via, Piazza _____ n° ____ C.A.P. _____

E-mail _____

Se disponibile, indicare l'indirizzo PEC _____

Telefono _____ Cell. _____ Fax _____

in qualità di:
 Titolare Legale rappresentante Altro _____
dell'Impresa/Azienda/Ente

Ragione sociale _____

Denominazione Agenzia _____

 Ditta individuale
 SNC
 SAPA
 SAS
 SRL
 SURL
 SPA
 SS

 Ente pubblico
 Società Cooperativa
 Altro * _____

*(soggetti non economici, es. persone fisiche o società no profit)

Codice Fiscale _____

Partita IVA (se diversa da C.F.) _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. ____

Via, Piazza _____ n° ____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cell. _____ Fax _____

E-mail _____

 Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____

 Posizione INAIL _____

 Codice INAIL impresa _____

**consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000
 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**
COMUNICA
 Apertura filiale agenzia di viaggio con sede operativa in Regione Lombardia Apertura filiale agenzia di viaggio con sede operativa fuori dalla Regione Lombardia Chiusura filiale agenzia di viaggio con sede operativa in Regione Lombardia Chiusura filiale agenzia di viaggio con sede operativa fuori dalla Regione Lombardia

SEDE OPERATIVA AGENZIA PRINCIPALE

Denominazione _____

Comune _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P.

E-mail _____

Telefono _____ Cell. _____ Fax _____

Sito internet www. _____

Autorizzazione/SCIA n. _____ del ____ / ____ / ____

rilasciata da _____

(Per le agenzie on-line la sede operativa individua il luogo dove viene svolta l'attività on-line)

Il/la sottoscritto/a

DICHIARA

che l'agenzia sopra indicata si avvale dell'ausilio delle agenzie filiali e/o succursali di seguito indicate

la perdita della titolarità delle agenzie di viaggio filiali e/o succursali di seguito indicate

Comune _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P.

E-mail _____

Telefono _____ Cell. _____ Fax _____

in attività dal ____ / ____ / ____

Comune _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P.

E-mail _____

Telefono _____ Cell. _____ Fax _____

in attività dal ____ / ____ / ____

ALLEGA

copia del documento di identità del dichiarante

copia dell'autorizzazione, decreto / licenza / SCIA *(solo nel caso di apertura filiale)*

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

