

ALLO SPORTELLO UNICO ATTIVITA' ECONOMICHE
DEL COMUNE DI GABICCE MARE
SERVIZIO LICENZE

OGGETTO: Complesso ricettivo denominato
Sospensione straordinaria dell'attività.

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a		il	
residente a		in Via	n.
C.F.		, (se trattasi di società) in qualità di legale rappresentante	
della Soc.			
con sede a		in Via	n.
P.I.			
TELEFONO		FAX	
RECAPITO PEC (obbligatorio)			

quale titolare gestore
del complesso ricettivo a carattere stagionale annuale
ad insegna
sito a Gabicce Mare in Via

COMUNICA

che il complesso ricettivo rimarrà chiuso
dal al
per (indicare il motivo)

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che l'art.16 della L.R. 9/2006, al comma 4, prevede che le chiusure straordinarie sono consentite per un periodo non superiore a 12 mesi, prorogabile per altri 12 mesi, in caso di ristrutturazioni e di ammodernamenti della struttura ricettiva.

Lì,

FIRMA