

**MODULO PER LA RICHIESTA DI CESSAZIONE  
DELL'ATTIVITA' ARTIGIANALE DI PARRUCCHIERE E/O ESTETISTA**

**COMUNE DI LACCHIARELLA**

**p.zza Risorgimento 1**

**20084 LACCHIARELLA**

**SPORTELLO UNICO ATTIVITA' PRODUTTIVE  
ED ECONOMICHE**

...I.... sottoscritt.....  
nato/a il ..... a..... cittadinanza.....  
residente in ..... via ..... cap .....  
per conto della Società .....  
sede legale in ..... via ..... cap .....  
Telefono .....

**COMUNICA**

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dalla Legge (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000) in caso di false dichiarazioni o di false attestazioni, la veridicità dei dati già menzionati e quelli sotto indicati:

LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' SITA IN (via, p.za) .....

RELATIVA A:

PARRUCCHIERE

ESTETICA TIPO .....

AUTORIZZAZIONE N. .... DEL .....

A PARTIRE DAL .....

**Data** .....

.....  
**firma per esteso del dichiarante**

Allegare fotocopia del documento di identità o altro documento di identificazione equipollente in corso di validità.