



CITTÀ DI ALESSANDRIA

SETTORE URBANISTICA E SVILUPPO ECONOMICO

Ufficio Commercio Aree Pubbliche

Piazza della Libertà n. 1 - 15121 Alessandria

Tel: 0131/515407, 515577 - pec: protocollo@pec.comune.alessandria.it

Comunicazione di sostituzione del concessionario del/dei posteggio/i o del titolare dell'autorizzazione (DELEGA) per "casi eccezionali" (art. 33 del Regolamento per la disciplina sulle aree mercatali della Città di Alessandria).

All'Ufficio Commercio Aree Pubbliche
Comune di Alessandria
Sede

Il sottoscritto _____
nato a _____ (prov.di _____)
il _____ Cittadinanza _____
residente a _____ (prov. di _____)
via _____ n. _____ CAP _____
tel _____ CODICE FISCALE _____
e-mail _____ @ _____

compilare SOLO se la comunicazione viene presentata da SOCIETA':

Non in proprio ma in qualità di legale rappresentante società _____
con sede legale in _____ (prov. di _____)
Via _____ n. _____ CAP _____
CODICE FISCALE della società _____
costituita in data _____ iscritta al n. _____ del Registro delle Imprese
presso la C.C.I.A.A. di _____

IN POSSESSO DI TITOLO/I AUTORIZZATIVO/I PER L'ATTIVITA' DI COMMERCIO
SU AREA PUBBLICA RILASCIATO DALLA CITTA' DI ALESSANDRIA

Le comunicazioni di sostituzione presentate da titolari di autorizzazione/i per l'attività di commercio su area pubblica rilasciate da altri comuni dovranno essere presentate presso il comune di rilascio dell'autorizzazione. Tali comunicazioni pervenute a questi uffici saranno archiviate.

CON POSTEGGIO N° _____ sul mercato di _____
Per i giorni: _____ autorizzazione n. _____ del _____
CON POSTEGGIO N° _____ sul mercato di _____
Per i giorni: _____ autorizzazione n. _____ del _____
CON POSTEGGIO N° _____ sul mercato di _____
Per i giorni: _____ autorizzazione n. _____ del _____
CON POSTEGGIO N° _____ sul mercato di _____
Per i giorni: _____ autorizzazione n. _____ del _____

autorizzazione/dichiarazione n° _____ del _____

autorizzazione/dichiarazione n° _____ del _____

autorizzazione/dichiarazione n° _____ del _____

COMUNICA

che per la propria azienda riferita all'autorizzazione/i di cui sopra è delegato all'attività di vendita, **da esercitarsi con originale del titolo, attrezzature, veicolo, libri e attrezzature fiscali del titolare**

il Sig. _____

nato a _____ (prov. di _____)

il _____ cittadinanza _____

residente a _____ (prov. _____)

via _____ n. _____ CAP _____

Tel _____ CODICE FISCALE _____

e-mail _____ @ _____

PER IL PERIODO: DAL _____ AL _____

(MASSIMO 30 GIORNI SOLARI):

PER IL SEGUENTE MOTIVO ECCEZIONALE:

- MALATTIA IMPREVISTA: a tal fine si allega il certificato medico con l'indicazione del periodo di malattia
- INCIDENTE
- GRAVI MOTIVI FAMILIARI
- ALTRO (specificare e allegare documentazione):

IL PRESENTE MODULO VA ESIBITO AGLI ORGANI DI VIGILANZA UNITAMENTE ALL'ORIGINALE DELL'AUTORIZZAZIONE

(IN ASSENZA ANCHE DI UNO SOLO DEGLI ALLEGATI RICHIESTI E/O IN CASO DELLA INCOMPLETA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE, LA STESSA SARA' CONSIDERATA IRRICEVIBILE):

Allega alla presente:

- copia del documento di identità in corso di validità del DELEGANTE, qualora lo stesso non sia in possesso di firma digitale;
- (per i cittadini extracomunitari): copia del permesso di soggiorno in corso di validità o documento equivalente.
- copia della documentazione attestante la motivazione della sostituzione.

DATA _____

FIRMA _____