

☐ **RICHIESTA ARCHIVIAZIONE PRATICA**

☐ **RICHIESTA CESSAZIONE ATTIVITA'** (in caso di pratica con più attività)

|                                |          |                                                                             |      |                                            |  |           |  |          |  |        |  |
|--------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------|--|-----------|--|----------|--|--------|--|
| Il sottoscritto                |          | Cognome                                                                     |      |                                            |  | Nome      |  |          |  |        |  |
| domiciliato in                 |          | indirizzo                                                                   |      |                                            |  | n. civico |  | c.a.p.   |  | comune |  |
| provincia                      | Telefono |                                                                             | C.F. | codice fiscale della persona fisica        |  |           |  |          |  |        |  |
| Nella sua qualità di           |          | qualifica rivestita (titolare, legale rappresentante, amministratore, etc.) |      |                                            |  |           |  |          |  |        |  |
| della                          |          | ragione sociale ditta, impresa, ente, società, associazione, etc.           |      |                                            |  |           |  |          |  |        |  |
| indirizzo di posta elettronica |          |                                                                             |      | indirizzo di posta elettronica certificata |  |           |  |          |  |        |  |
| Attività sita/e in             |          | indirizzo                                                                   |      |                                            |  | n. civico |  | c.a.p.   |  |        |  |
| Comune                         |          |                                                                             |      | provincia                                  |  |           |  | telefono |  |        |  |

## CHIEDE

☐ l'archiviazione della pratica VV.F. n. \_\_\_\_\_ :

☐ **la cessazione delle sole seguenti attività di cui ai numeri dell'Allegato I al DPR 151/2011:**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

altro: \_\_\_\_\_

- copia del documento d'identità in caso di firma autografa (non necessaria nel caso di firma digitale ai sensi di legge);
- copia del documento di rimozione/inertizzazione del serbatoio da parte di ditta specializzata (Gpl, gasolio, etc.);
- altro: \_\_\_\_\_.

Firma