

Al Dipartimento Sanità Pubblica
dell'Azienda USL di Reggio Emilia

DISTRETTO DI _____

Oggetto: **Comunicazione sospensione temporanea/cessazione attività ai sensi art. 6 reg. CE 852/2004 e della determina della Regione Emilia Romagna n. 16842 del 27/12/2011.**

Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ telefono _____ fax _____

data di nascita _____ cittadinanza _____ sesso M F

e mail _____ @ _____

Residenza: stato _____ provincia _____ comune _____

Via/ Piazza _____ N. _____ CAP _____

nella sua qualità di Titolare/Legale rappresentante della Ditta

Partita I.V.A. _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via/ Piazza _____ N. _____ CAP _____

Tel _____

COMUNICA

la cessazione dell'attività a far tempo dal _____

la sospensione temporanea dell'attività dal _____ al _____

DATA _____

FIRMA (per esteso e leggibile)
