



CITTÀ DI ALESSANDRIA

**SETTORE SVILUPPO ECONOMICO, MARKETING TERRITORIALE, SANITÀ, AMBIENTE,
PROTEZIONE CIVILE, COMMERCIO E TURISMO**

Ufficio Commercio Aree Pubbliche

Piazza della Libertà n. 1 - 15121 Alessandria

Tel: 0131/515407, 577 ; fax: 0131/515803 - pec: suap@comunedialessandria.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 _____