

MODELLO 10
SCIA
RIPRESA ATTIVITA'
studio professionale

Al Comune di

OGGETTO: SOSPENSIONE ATTIVITA'
(Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R ess.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ provincia _____

via/piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono/cellulare _____ Fax _____

Indirizzo Pec _____

(In caso di studio associato ripetere per ogni singolo componente lo studio professionale associato)

in relazione al proprio studio professionale o società tra professionisti

ubicato a _____ in via/piazza _____ n° _____ int. _____

COMUNICA

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009, n. 51, e del DPGR 79/R ss.mm.ii. la ripresa dell'attività.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

.....
Firma ¹

1

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore