



Comune di Ardea

BOLLO

€ 11

Al Sig. Sindaco del Comune di Ardea

**OGGETTO: DOMANDA DI CAMBIO DEL GIORNO DI CHIUSURA SETTIMANALE  
DI PUBBLICO ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE  
(ART.20 LEGGE 241/90, D.P.R. 407/1994)**

Spedita con raccomandata a.r. il \_\_\_\_\_

consegnata a mano il \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ **Tel** \_\_\_\_\_

in proprio

in qualita' di legale rappresentante di \_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice Fiscale \_\_\_\_\_

**PREMESSO**

di essere titolare di autorizzazione amministrativa rilasciata da questo Comune in data \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ per l'esercizio di somministrazione di alimenti e bevande tipo \_\_\_\_\_

all'insegna \_\_\_\_\_ posto in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

che attualmente osserva il seguente il seguente giorno settimanale di chiusura \_\_\_\_\_ ;

**CHIEDO**

il rilascio dell'autorizzazione al cambio del giorno di chiusura settimanale da \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ ;

**ALLEGATA ALLA PRESENTE:**

- 1) Autocertificazione antimafia
- 2) copia della carta d'identità o di un documento di riconoscimento in corso di validità

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_