

**AL SERVIZIO TURISMO
DEL COMUNE DI FOLIGNO
06034 FOLIGNO**

OGGETTO: L.R. n. 8 /2017, art. 36 comma 7 – Comunicazione chiusura temporanea

Il/La sottoscritto/a Nome..... Cognome

nato/a il in qualità di

.....¹ comunica che la struttura ricettiva di

.....² denominata

..... con sede in

..... è chiusa temporaneamente nel periodo sotto indicato:

Inizio chiusura	Fine chiusura	Motivazione

Comunica inoltre di essere consapevole che, ai sensi della legge regionale n. 8/2017, art. 36 comma 7 “Il periodo di chiusura temporanea dell’attività non può essere superiore a dodici mesi; decorso tale termine l’attività è definitivamente cessata”.

Luogo e data

Firma ³

1 Titolare, legale rappresentante ecc.

2 Indicare la tipologia della struttura (albergo, affittacamere, B&B ecc.)

3 Allegare copia di un documento di identità in corso di validità