



**COMUNE DI ERCOLANO**  
**Sportello Unico per le Attività Produttive**  
*Comunicazione*

**Attività di Bed&Breakfast (T.U.L.P.S. - L.R. n. 5/2001)**  
**CESSAZIONE**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome  Nome  Sesso

Codice Fiscale  Nato/a il

A  Provincia

Stato  Cittadinanza

Residente in

Indirizzo  Civico

Comune  Cap  Provincia

Stato

Documento  N.

Rilasciato da  il

Telefono fisso  Cellulare  Fax

in possesso del seguente titolo abilitante:

☐ licenza ☐ DIA ☐ SCIA n.  del

per l'esercizio dell'attività di Bed & Breakfast sita in Ercolano all'indirizzo

**COMUNICA**

la cessazione della suddetta attività di Bed & Breakfast

a partire dal

**NB: Il sottoscritto si impegna a consegnare, entro e non oltre 10 giorni dalla data della presente comunicazione, il titolo in originale al SUAP (sportello unico attività produttive) - Via G. Marconi, 39 – 80056 Ercolano, pena l'inefficacia della stessa.**