

# COMUNE DI SANDIGLIANO

TEL. 015/691003- 691560  
FAX. 015/2493238

Via A. Gramsci 55  
C.A.P. 13876

P.I. 00378740021  
C.F.81005750021

**UFFICIO TRIBUTI**  
**DENUNCIA DI CESSAZIONE AI FINI DELLA T.A.R.S.U.**  
**CONTRIBUENTE DIVERSO DA PERSONA FISICA**

...l... sottoscritt.... ..

nat.... a ..... il .....

in qualità di .....

della Ditta/Società .....

Sede .....

via /p.zza ..... n. ....

C.F. .... Partita Iva .....

Presenta denuncia di cessazione ai fini della T.A.R.S.U.

**UBICAZIONE LOCALI ED AREE CESSATE**

1) Via /p.zza .....n.....

2) Via /p.zza .....n.....

3) Via /p.zza .....n.....

Causale di cessazione:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data,.....

FIRMA DEL DICHIARANTE

.....

