



**DECRETO:
REGÍSTRESE Y AL SERVICIO DE
INTERVENCIÓN Y DISCIPLINA DE
ACTIVIDADES Y PONENCIA TECNICA
El Director de la Oficina de Gobierno
Municipal,**

ESPACIO RESERVADO PARA REGISTRO ENTRADA

PARA QUE PRODUZCA EFECTOS JURIDICOS, ESTE DOCUMENTO DEBERÁ ESTAR CUMPLIMENTADO DE MANERA COMPLETA Y DEBERA ESTAR ACOMPAÑADO DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN EL MISMO.

COMUNICACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD

(Conforme al artículo 76 de la Ley 4/2009, de 14 de mayo, de Protección Ambiental Integrada)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|------|--------|----------------------------------|------|---------------------------------|--|----------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|
| FECHA: | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD: | | | | | | | | | | | | | |
| EXPEDIENTE NÚMERO: | | | | | | | | | | | | | |
| 1. DATOS DEL/DE LA TITULAR (Titular actividad) | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos o razón social | | | | | | | | | | | | DNI-NIF | |
| Dirección | | | | | | | | | | | | Localidad | |
| Nº/Km | Portal/Bloque | Esc. | Planta | Puerta | C.P. | Municipio | | | | | | | |
| Teléfono(s) | | Fax | | Correo electrónico | | | | | | | | | |
| 2. DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE (En su caso) | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos o razón social | | | | | | | | | | | | DNI-NIF | |
| Dirección | | | | | | | | | | | | Localidad | |
| Nº/Km | Portal/Bloque | Esc. | Planta | Puerta | C.P. | Municipio | | | | | | | |
| Teléfono(s) | | Fax | | Correo electrónico | | | | | | | | | |
| Nº protocolo/año del poder de representación notarial | | | | | | | | | | | | | |
| 3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (Rellenar solo si no coincide con los del/de la comunicante o representante) | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos o razón social | | | | | | | | | | | | DNI-NIF | |
| Dirección | | | | | | | | | | | | Localidad | |
| Nº/Km | Portal/Bloque | Esc. | Planta | Puerta | C.P. | Municipio | | | | | | | |
| Teléfono(s) | | Fax | | Correo electrónico | | | | | | | | | |
| Nº protocolo/año del poder de representación notarial | | | | | | | | | | | | | |
| 4. DATOS TÉCNICO/S RESPONSABLE/S | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos | | | | | | DNI | | | | | | Nº colegiado/a | |
| Titulación | | | | | | Nº póliza Responsabilidad Civil | | | | | | | |
| 5. EMPLAZAMIENTO DEL LOCAL/ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE COMERCIAL | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | | | | | | | | | | | | Localidad | |
| Nº/Km | Portal/Bloque | Esc. | Planta | Puerta | C.P. | Municipio | | | | | | | |
| En caso de que el acceso principal al local sea por un vial distinto al del edificio, cumplimente los datos de acceso | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | | | | | | | | | | | | Nº/Portal/Bloque/puerta | |
| 6. DATOS URBANÍSTICOS DEL LOCAL | | | | | | | | | | | | | |
| Referencia catastral del local: (si no dispone de ésta indique la del edificio) | | | | | | | | | | | | | |
| Referencia catastral del local: (si no dispone de ésta indique la del edificio) | | | | | | | | | | | | | |
| Referencia catastral del local: (si no dispone de ésta indique la del edificio) | | | | | | | | | | | | | |
| Si el local se encuentra en un edificio catalogado indique el grado de protección | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nivel 1 | | | | <input type="checkbox"/> Nivel 2 | | | | <input type="checkbox"/> Nivel 3 | | | | | |

7. COMUNICACION:

La persona abajo firmante manifiesta bajo su exclusiva responsabilidad lo siguiente:

- 1ª opción: cese temporal:
 1. Que se va a proceder al cese temporal de la actividad por un plazo inferior a un año.
 2. Que este plazo inicialmente se establece en _____ meses.
 3. Que con un mes de antelación a la fecha comunicada se realizará la comunicación de reanudación de la actividad o se procederá a realizar la comunicación del cese definitivo de la actividad.
- 2ª opción: cese definitivo:
 1. Que se va a proceder al cese definitivo de la actividad.
 2. Que soy conocedor de que transcurrido un año se producirá o bien la pérdida de vigencia de una licencia de actividad, o bien la pérdida de los efectos jurídicos de una declaración responsable, según el título de intervención que afecte a la actividad.

EI/La comunicante

EI/La representante (en su caso)

Nombre:
DNI:

Nombre:
DNI:

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 (DOUE nº 119, 4-mayo-2016), que regula el tratamiento y libre circulación de datos personales, le informo que: Los datos facilitados se incorporarán a un Registro de Actividades de Tratamiento. Que el responsable del tratamiento es el Ayuntamiento de Murcia, Plaza Glorieta de España, nº 1, 30004-Murcia, 968-358400, dpd@ayto-murcia.es. 3.- Que tendrán como finalidad la tramitación de procedimientos relativos al ejercicio de actividades sometidas a Instrumento de Intervención Habilitante. Que se conservarán mientras no se solicite su supresión por el interesado o hasta el plazo que establezca la Ley. Que su legitimación viene determinada por el ejercicio del poder público municipal en materia de actividades. Que sus datos no se cederán a terceros salvo obligación legal. Que tiene derecho a solicitar el acceso a los datos personales, su rectificación o supresión, a limitar su tratamiento, a oponerse al tratamiento, y a la portabilidad de los datos. Como información adicional puede consultar el Portal de Transparencia www.murcia.es, y el Portal de AEPD www.aepd.es

EXCMO. SR. ALCALDE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE MURCIA.