

Alla Provincia di Ravenna

Oggetto: Servizio di revisione di autoveicoli presso officina di autoriparazione.
Comunicazione dell'orario di esercizio

QUADRO A)- Dati dell'Impresa

Denominazione _____

sede legale _____ Prov.(RA) Cap _____

Codice impresa |__|__|__| autorizzazione n. _____

QUADRO B)- Comunicazione

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

In possesso di cittadinanza _____
(se cittadinanza extra U.E. esibire permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità)

In qualità di

<input type="radio"/> Titolare	<input type="radio"/> Legale Rappresentante
--------------------------------	---------------------------------------------

dell'impresa indicata al quadro A)

COMUNICA

Che a decorrere dal _____ e fino al _____

l'attività di revisione sarà effettuata secondo i seguenti orari:

	Mattina	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

Luogo e Data

Firma

N.B.: gli orari sopra dichiarati andranno esposti in maniera chiara e ben visibile alla clientela. eventuali variazioni ANCHE MOMENTANEE andranno tempestivamente comunicate a questa Amministrazione