

Alla Provincia di Forlì-Cesena
Ufficio Trasporti
Piazza Morgagni 9
47121 Forlì

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

QUADRO A)- Dati dell'Impresa

Denominazione _____

sede legale _____ Prov. (FC) Cap _____

Codice impresa FO |____|____|____| 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

Titolare 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

Riservato all'Ufficio

Pervenuto in data _____

(l'addetto alla ricezione)