

P.E.

AL COMUNE DI
MEDICINA

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
della Ditta _____
titolare del pubblico esercizio di _____
sito in _____

COMUNICA

l'orario di attività di seguito indicato:

LUNEDI'		
MARTEDI'		
MERCOLEDI'		
GIOVEDI'		
VENERDI'		
SABATO		
DOMENICA		

Medicina, _____

Firma
