

COHK

AL COMUNE DI  
MEDICINA

Il sottoscritto in qualità di TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE della Ditta \_\_\_\_\_

in riferimento all'esercizio di commercio al dettaglio sito

in \_\_\_\_\_

### COMUNICA

L'orario di attività di seguito indicato:

	PERIODO INVERNALE		PERIODO ESTIVO	
<b>LUNEDI'</b>				
<b>MARTEDI'</b>				
<b>MERCOLEDI'</b>				
<b>GIOVEDI'</b>				
<b>VENERDI'</b>				
<b>SABATO</b>				
<b>DOMENICA</b>				

Medicina, li

Firma \_\_\_\_\_