Al Comune di Mediglia
Ufficio Commercio – SUAP

DICHIARAZIONE ATTESTANTE GLI ORARI DI APERTURA E CHIUSURA DELL'ESERCIZIO

Il sottoscritto _____
p.c. della Soc _____

esercente l'attivitàdi_____in via _____

D I C H I A R A

che l'esercizio effettuerà, secondo le norme vigenti, i seguenti orari settimanali:

GIORNI	**ORARI**			
Lunedì	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**
Martedì	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**
Mercoledì	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**
Giovedì	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**
Venerdì	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**
Sabato	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**
Domenica	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**	**Dalle ore _____**	**alle ore _____**

Data di sottoscrizione |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__|

_____