

CHIUSURA PER MALATTIA

ALLO SPORTELLO UNICO ATTIVITÀ PRODUTTIVE
DEL COMUNE DI SANREMO
PEC: suap.comune.sanremo@legalmail.it

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ Via _____
C.F. _____ partita IVA _____
in qualità di _____ della ditta/società _____
sede legale a _____ Via _____
iscritto al registro imprese presso la CCIAA di _____ dal _____
con numero iscrizione _____
telefono n. _____ PEC _____ @ _____
concessionario di BOX/POSTEGGIO n. _____ del Mercato _____
titolare di autorizzazione n. _____ rilasciata da codesto Comune il _____

COMUNICA

la **CHIUSURA PER MALATTIA** del proprio esercizio di vendita dal _____ al _____ .

Si allega alla presente il certificato medico.

Sanremo, _____

Firma
