**TITOLARE ........................................................................................................................................**

**RAGIONE SOCIALE .………………………...………………………………….…………………………………….**

**UBICAZIONE …………..……………………………………………………………………………………..**

**INSEGNA …………………………………………………………………………………………………..**

**ATTIVITA’ DI: …………………………………………………………………………………………………..**

**ORARIO D’ESERCIZIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIORNO** | **APERTURA** | **CHIUSURA** | **APERTURA** | **CHIUSURA** |
| Lunedì |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |
| Sabato |  |  |  |  |
| Domenica |  |  |  |  |

Gallese,

**Firma del titolare o Legale Rappresentante**

Allegare documento di identità in corso di validità (obbligatoria – pena nullità comunicazione)

Indicare inoltre indirizzo mail da utilizzare per future comunicazioni:

***mail: ……………………………………….***

PER EVENTUALI FUTURE VARIAZIONI DI ORARIO RISPETTO AL PRESENTE, INVIARE NUOVO “MODULO ORARIO” AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL: info@comune.gallese.vt.it

PER EVENTUALI CHIARIMENTI O NECESSITA’ RIVOLGERSI AL CONSIGLIERE DELEGATO ALLE ATTIVITA’ PRODUTTIVE E COMMERCIO, SALERNO MICHELA (RICEVE OGNI GIOVEDI’ DALLE 18,00 ALLE 19,30)