

(da compilarsi su carta intestata dell'impresa)

DATA \_\_\_\_\_

ALL'UFFICIO PROVINCIALE U.M.C. DI BOLOGNA  
FAX:051/6010010

ALLA CITTA' METROPOLITANA DI BOLOGNA  
SERVIZIO TRASPORTI  
UFFICIO AMMINISTRATIVO TRASPORTI  
*PEC:trasporto.privato@cert.cittametropolitana.bo.it*

Oggetto: comunicazione/variazione orari e giorni di apertura dell'officina ed effettuazione delle sedute di revisione

IMPRESA
SEDE OPERATIVA
CODICE IMPRESA
N. AUTORIZZAZIONE
N. CONCESSIONE

### **GIORNI LAVORATIVI ED ORARI DI: APERTURA DELL'OFFICINA E DELLE SEDUTE DI REVISIONE**

	ORARI OFFICINA		ORARI SEDUTE DI REVISIONE	
	MATTINO	POMERIGGIO	MATTINO	POMERIGGIO
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				

FIRMA E TIMBRO

\_\_\_\_\_