

All'Ufficio Attività Produttive
E all'Ufficio Polizia Locale
del COMUNE DI FOLLINA

**COMUNICAZIONE DELLE ASSENZE GIUSTIFICATE DA
PARTE DEGLI OPERATORI SU AREA PUBBLICA**

IL SOTTOSCRITTO _____

TITOLARE DELLA DITTA _____ -

TELEFONO n. _____ ESERCITANTE L'ATTIVITÀ DI

COMMERCIO SU AREE PUBBLICHE NEL MERCATO/I DEL COMUNE DI FOLLINA

CISON DI VALMARINO MIANE TITOLARE DI POSTEGGIO n. _____ COMUNICA DI

ESSERE RIMASTO ASSENTE NEI GIORNI _____

PER IL SEGUENTE MOTIVO:

MALATTIA (allegasi certificato medico)

GRAVIDANZA (allegasi certificato medico)

Data, _____

firma _____

Allegasi certificato medico