

LUOGO E DATA

ALL'UFFICIO OFFICINE DI REVISIONE
DELLA PROVINCIA DI BRESCIA
SERVIZIO MOTORIZZAZIONE CIVILE
VIA MILANO N. 13
25126 BRESCIA BS

VIA FAX AL N. 0303749666
PER DOTT. LUIGI NARDUCCI

OGGETTO: COMUNICAZIONE AVVENUTO COLLEGAMENTO E ORARI DI
REVISIONE.

IL SOTTOSCRITTO _____
LEGALE RAPPRESENTANTE/TITOLARE DELL'IMPRESA COD. BS/_____
DENOMINATA _____
CON SEDE OPERATIVA IN _____
VIA _____
IN POSSESSO DI AUTORIZZAZIONE PROVINCIALE DATATA

COMUNICA

1. DI AVER OTTENUTO IL COLLEGAMENTO DAL CED DI ROMA IN DATA _____;
2. CHE LE OPERAZIONI DI REVISIONE DELLA PROPRIA IMPRESA AVVERRANNO NEI GIORNI E NEGLI ORARI SOTTOINDICATI:

GIORNI SETTIMANA	DALLE ORE ALLE ORE	DALLE ORE ALLE ORE
LUNEDI'		
MARTEDI'		
MERCOLEDI'		
GIOVEDI'		
VENERDI'		
SABATO		

DISTINTI SALUTI.

TIMBRO E FIRMA