

Camaiore Lì _____

Il sottoscritto _____
nato a _____ prov. _____ in data _____
e residente in _____ prov. _____
Via/piazza _____ n° _____
Titolare di posteggio nel mercato di _____

DICHIARA

Di essere stato assente il giorno / i giorni _____
In quanto **impossibilitato a lavorare per malattia**, come risulta dall'allegato certificato medico in
originale, rilasciato dal Dott. _____ in data _____

Firma del dichiarante
