

OGGETTO: segnalazione sospensione servizio taxi/ncc

Il/La sottoscritt _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

C.A.P. _____, C.F. _____ Tel. _____

Fax _____ e.mail _____

PEC _____

Titolare licenza TAXI n. _____ rilasciata da _____ in data _____

COMUNICA

di sospendere il servizio taxi dal _____ al _____

oppure

di sospendere il servizio taxi il _____

con la seguente motivazione:

malattia

ferie

cambio autoveicolo

riparazione a seguito incidente automobilistico

altro (specificare)* _____

Civitavecchia lì _____

Firma _____ **

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D. Lgs 196/2003, presta proprio consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per lo svolgimento dei servizi di competenza del Comune di Civitavecchia.

Civitavecchia lì _____

Firma _____

*l'ufficio valuterà il nulla osta

**Non occorre l'autentica di firma se la domanda è firmata davanti al dipendente addetto a riceverla, se invece è inviata per posta allegare fotocopia documento identità del firmatario.

Allega: in caso di malattia: certificato del medico di base del S.S.N.

Il presente modello deve essere compilato, firmato in tutte le sue parti e completo degli allegati, pena l'irricevibilità da parte del Comune di Civitavecchia.