



## RIPRESA ATTIVITA'

La sottoscritta Impresa \_\_\_\_\_ Pos. C.E. \_\_\_\_\_

P.Iva/CF \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Di aver ripreso l'attività con dipendenti a decorrere dalla data (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si richiede l'apertura delle denunce MUT dei lavoratori occupati.

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA