

MODELLO RESTITUZIONE CONTRASSEGNO INVALIDI

A SISTEMA SRL
Via MONTE ROSA, 12
58100 GROSSETO

OGGETTO: Restituzione contrassegno disabili N. _____ con scadenza _____ .

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ e residente in _____

via _____

in qualità di _____

in data _____

RICONSEGNA IL CONTRASSEGNO INVALIDI N.

con scadenza il _____ e intestato a _____

causa decesso in data _____ del titolare.

Si comunica.

NON aveva stallo invalidi personalizzato

:

Titolare di stallo invalidi personalizzato con N. _____ sito in GROSSETO loc.

_____ VIA _____ N. _____

Grosseto

In fede