

AUTO SOSTITUTIVA

ABB.TO/AUT.NE PER LA SOSTA NEL CENTRO STORICO DI IMOLA

IL SOTTOSCRITTO _____

tel. _____ cell. _____

indirizzo di posta elettronica _____

CODICE FISCALE																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IN QUALITA' DI: ☐ RESIDENTE

☐ MEDICO DI BASE

PER CONTO DI: ☐ ASS.NE DI VOLONTARIATO _____

☐ AZIENDA USL IMOLA

ABB.TO/AUT.NE N° _____

IN VIA TEMPORANEA CAUSA:

- ☐ SINISTRO
- ☐ GUASTO MECCANICO
- ☐ ALTRO

IN DATA _____ **COMUNICA di**

- **ELIMINARE** dalla banca dati il veicolo TITOLARE dell'abbonamento:

MODELLO		TARGA	
---------	--	-------	--

- **SOSTITUIRE** il veicolo titolare con veicolo SOSTITUTIVO:

MODELLO		TARGA	
---------	--	-------	--

- Copia carta di circolazione del veicolo sostitutivo

Data

Firma richiedente

IN DATA _____ **COMUNICA di**

- **REINTEGRARE** nella banca dati il veicolo TITOLARE dell'abbonamento:

MODELLO		TARGA	
---------	--	-------	--

- **ELIMINARE** dalla banca dati il veicolo SOSTITUTIVO:

MODELLO		TARGA	
---------	--	-------	--

Data

Firma richiedente