

DUPLICATO
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

(compilare solo in caso di Associazione di Volontariato o Azienda Usl Imola)

Legale Rappresentante

Responsabile parco macchine

Presidente

dell'Ente/Società/Associazione:

INTESTATARIO DELL'ABB.TO/AUT.NE N° _____

TIPOLOGIA

RESIDENTE

MEDICO DI BASE

ASS.NE DI VOLONTARIATO

AUSL IMOLA

NE RICHIEDE L'IMMEDIATO ANNULLAMENTO E CONSEGUENTE DUPLICATO PER IL SEGUENTE MOTIVO:

FURTO

SMARRIMENTO

DETERIORAMENTO

ALLEGA

❖ Dichiarazione di furto/smarrimento dell'autorizzazione

❖ Contrassegno cartaceo abbonamento deteriorato (solo in caso di deterioramento)

Data

Firma leggibile del richiedente

A CURA DELL'UFFICIO

DATA _____

N° ABBONAMENTO ANNULLATO _____

N° ABBONAMENTO DUPLICATO EMESSO _____

FIRMA OPERATORE ADDETTO ALLO SPORTELLO _____