

PERSONE CON DISABILITÀ

Riconsegna contrassegno speciale di circolazione per persone con disabilità

mobilità

ROMA



DISABILI



NOME _____ COGNOME _____

TITOLARE DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ _____ NUMERO _____

RILASCIATO DA _____ IL ____ / ____ / ____

RICONSEGNA

presso lo Sportello al pubblico di Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. il contrassegno speciale di circolazione per persone con disabilità n. _____ intestato a:

COGNOME _____

NOME _____

PER IL SEGUENTE MOTIVO _____

Firma dell'operatore

Il Sottoscritto/la sottoscritta consapevole delle responsabilità civili e di quelle penali previste dagli artt. 495 e 496 c.p. in caso di attestazioni o dichiarazioni false, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità. Inoltre ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 presto consenso al trattamento dei miei dati per lo svolgimento dei servizi di competenza della vostra società.

Roma, li _____

Firma _____

NOME _____ COGNOME _____

TITOLARE DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ _____ NUMERO _____

RILASCIATO DA _____ IL ____ / ____ / ____

RICONSEGNA

presso lo Sportello al pubblico di Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. il contrassegno speciale di circolazione per persone con disabilità n. _____ intestato a:

COGNOME _____

NOME _____

PER IL SEGUENTE MOTIVO _____

Firma dell'operatore

Il Sottoscritto/la sottoscritta consapevole delle responsabilità civili e di quelle penali previste dagli artt. 495 e 496 c.p. in caso di attestazioni o dichiarazioni false, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità. Inoltre ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 presto consenso al trattamento dei miei dati per lo svolgimento dei servizi di competenza della vostra società.

Roma, li _____

Firma _____