AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE DI
COLLEGNO

OGGETTO: Denuncia di smarrimento, sottrazione o distruzione contrassegno invalidi.

Il sottoscritto _____

nato il ____/____/_____ a _____ (_____)

residente a _____ (_____) in _____

codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/

telefono _____

DENUNCIA A TUTTI GLI EFFETTI DI LEGGE

Che tra le ore _____ del ____/____/_____ e le ore _____ del ____/____/_____

in località _____

è stato ❑ SMARRITO ❑ SOTTRATTO ❑ DISTRUTTO

il contrassegno invalidi del Comune di Collegno avente numero _____, **rilasciato a**:

❑ lo stesso denunciante ❑ ovvero intestato a:

cognome _____ nome _____

nato il ____/____/_____ a _____ (_____)

residente a _____ (_____) in _____

Dichiarazione resa e sottoscritta da persona che è a conoscenza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni false o mendaci.

Collegno, _____ _____
(firma del denunciante)

==========

CITTA' DI COLLEGNO
CORPO POLIZIA MUNICIPALE

Parte riservata all'ufficio

Prot._____

Visto, per l'avvenuta ricezione della suestesa denuncia presentata alle ore _____ del _____

da parte di _____

identificato mediante _____ n. _____

rilasciata da _____ il _____

Collegno, _____ L'U.P.G. _____