

Gragnano Tr. ___/___/____

Oggetto: richiesta modifica/cancellazione targa/targhe pass invalidi

Con la presente *:

- il/la sottoscritto/a _____ possessore di contrassegno per disabili
n. _____ rilasciato da _____ con scadenza ___/___/____
- il/la sottoscritto/a _____ in qualità di (indicare il grado di parentela)
_____ del possessore del contrassegno disabili n. _____ rilasciato da
_____ con scadenza ___/___/____

CHIEDE*

- La cancellazione della 1° targa _____ mezzo _____ e conseguente
sostituzione con targa _____ mezzo _____ intestato a _____
_____ grado di parentela con il disabile _____
- La cancellazione della 2° targa _____ mezzo _____ e conseguente
sostituzione con targa _____ mezzo _____ intestato a _____
_____ grado di parentela con il disabile _____
- La cancellazione della targa _____ mezzo _____ senza la
sostituzione con altro mezzo (salvo modifiche che verranno comunicate successivamente)

* barrare la/le casella/e di interesse

Cordiali saluti

In fede
