



COMUNE DI VILMINORE DI SCALVE

PROVINCIA DI BERGAMO

Piazza Papa Giovanni XXIII, 1 – 24020 VILMINORE DI SCALVE
Codice Fiscale e Partita IVA 00663280162
Tel. 0346.51014 fax 0346.51694 E-mail: info@comune.vilminore.bg.it

MODULO DI RICHIESTA PASS DI PARCHEGGIO RESIDENTI

Io sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

Residente in

COMUNE DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO _____

Domiciliato in (qualora il Comune di residenza non fosse Vilminore di Scalve)

COMUNE _____

INDIRIZZO _____

CARTA D'IDENTITÀ N. _____ DATA DI SCADENZA _____

RILASCIATA DA _____

CODICE FISCALE _____

In qualità di residente e/o domiciliato nel Comune di Vilminore di Scalve e/o intestatario delle seguenti autovetture richiedo il rilascio di (NUMERO) _____ pass parcheggio validi sul territorio comunale (1 pass per ogni veicolo di proprietà)

VEICOLO 1

TARGA _____

N° LIBRETTO _____

VEICOLO 2

TARGA _____

N° LIBRETTO _____

VEICOLO 3

TARGA _____

N° LIBRETTO _____

Alla presente richiesta si allegano copie di:

- Carta d'Identità;
- Tessera Sanitaria;
- Libretto dei veicoli per cui si richiede il rilascio del pass.

Data e luogo _____

Firma del Richiedente