# DOMANDA CONTRASSEGNO INVALIDI CIVILI

| |
|---|
| _____<br>Spazio riservato al Protocollo |

Al signor Sindaco
del Comune di ASIAGO (VI)

UFFICIO DI POLIZIA LOCALE

Il/la sottoscritto/a richiedente

| | | | |
|---|---|---|---|
| COGNOME / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / | | NOME / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / | |
| | | | |
| LUOGO DI NASCITA / / / / / / / / / / / / / / / / / / /