

Restituzione CUDE

Al Comune di Ferrara Centro Unico Permessi ZTL

Io sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato/a il _____ a _____ prov _____
residente a _____ in via/p.zza _____ n° _____ int. _____
e-mail _____ telefono/cellulare _____
Grado di parentela con la persona intestataria del CUDE _____

DICHIARO

di restituire a codesto Comune il CUDE n° _____ rilasciato al
Sig./Sig.ra _____ in quanto :

- ☐ Ricoverato/a in Casa di Cura, R.s.a., ecc.
- ☐ Altri motivi _____
- ☐ Titolare di area riservata sita in _____
- ☐ Data del Decesso _____

Ferrara, _____

Firma del richiedente _____