



**Al Comune di Sesto San Giovanni
Ufficio Contrassegno disabili**

Modulo di restituzione del contrassegno

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

n. telefono _____ consegna il contrassegno per disabili n. _____ (allegato)

assegnato a _____

per il seguente motivo:

titolare deceduto

Sesto San Giovanni, _____

Firma
