



Città di Castel Gandolfo

Città Metropolitana di Roma Capitale



UFFICIO TRIBUTI

DENUNCIA VOLTURE – PASSO CARRAIO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Codice Fiscale _____ Tel./Cell: _____

Email _____ Pec: _____

CHIEDE LA VOLTURA DEL PASSO CARRAIO INTESTATO A:

SIG./RA _____

Per il passo carraio

Ubicato in _____ Via _____

Decorrenza: _____

Superficie m. _____

Allega:

Fotocopia documento di identità

Castel Gandolfo, _____

Firma Del Dichiarante