



CITTA' DI CASTEL GANDOLFO

Città metropolitana di Roma capitale



MCMLX

UFFICIO TRIBUTI

RICHIESTA VOLTURA LAMPADE VOTIVE

Il sottoscritto/a

Nato/a a.....il.....C.F.:.....

residente a.....in Via.....

email:

Telefono:

Chiede la voltura delle lampade votive intestate a.....

Per i defunti.....

Data

Firma

Allegati: copia documento identità
consenso alla voltura dell'intestatario (allegato documento)