



ATTREZZATURE PER LA REVISIONE

ALLA PROVINCIA DI CUNEO
UFFICIO TRASPORTI E SERVIZI ALLA PERSONA
SETTORE SUPPORTO AL TERRITORIO
Corso Nizza 21
CUNEO

Impresa _____
Sede operativa in _____ (____) via _____ n. _____

ATTREZZATURA	MARCA	MODELLO N.	SERIE	OMOLOGAZIONE

Data _____ Firma _____

IL TITOLARE/IL LEGALE RAPPRESENTANTE