

Alla CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI
UFFICIO TOSAP
via Cadello 9/b
09121 CAGLIARI
tosap@cittametropolitanacagliari.gov.it

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

residente in _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

titolare della concessione P.S. n. _____ del _____

in qualità di erede di _____ C.F. _____

in qualità di legale rappresentante della Ditta _____

P. I.V.A. n. _____ sede _____ n. _____

titolare della concessione P.S. n. _____ del _____

CHIEDE

la variazione dell'indirizzo presso il quale ricevere le notifiche relative alla TOSAP, nel seguente:

Comune di _____ CAP _____ via _____ n. _____

FIRMA

Data _____
