

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

Spett.le  
COMUNE DI SAVIGNONE  
Servizio Di Polizia Locale  
Ufficio Contenzioso  
e-mail: [poliziamunicipale@comune.savignone.ge.it](mailto:poliziamunicipale@comune.savignone.ge.it)  
P.E.C. [comune.savignone@pec.it](mailto:comune.savignone@pec.it)  
Via Garibaldi 2  
16010 SAVIGNONE (GE)

*OGGETTO: Richiesta sgravio cartella.*

Con la presente il sottoscritto \_\_\_\_\_ si richiede lo sgravio della cartella numero \_\_\_\_\_ relativa a verbale \_\_\_\_\_ in quanto risulta pagato in data \_\_\_\_\_.

Si allega copia bollettino pagamento e copia cartella.

Distinti saluti

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_