

	Amministrazione destinataria Regione Abruzzo  Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
--	---	--

## Domanda di dissequestro di un veicolo sprovvisto di assicurazione per la rimessa in circolazione

***Ai sensi dell'articolo 193 del Decreto Legislativo 30/04/1992, n. 285***

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale							Tipologia				
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
in quanto											
Titolo											
<input type="radio"/>	proprietario										
<input type="radio"/>	trasgressore e intestatario del verbale di contestazione										
del seguente veicolo											
Targa			Marca			Modello					
sottoposto a sequestro amministrativo a seguito del verbale											
Numero verbale					Data verbale						
affidato in custodia a											
Soggetto a cui è affidata la custodia (custodia giudiziale, ACI, officina, ecc.)											
presso											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Piano			

**CHIEDE**

il dissequestro del veicolo sopra indicato per la rimessa in circolazione.

