Città metropolitana di Torino

SERVIZIO TRASPORTI

ATTREZZATURE PER LA REVISIONE

Impresa _____

Sede operativa in _____ (____) via _____n. _____

ATTREZZATURA	MARCA	MODELLO	N. SERIE	OMOLOGAZIONE

Data _____

Firma _____

IL TITOLARE/IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Mod_re08_0/Attrezzature per la revisione