

Il sottoscritto / la sottoscritta

_____ | _____
Cognome | Nome

_____ | _____ | _____ | _____
Data di nascita | Comune di nascita | Provincia | Nazionalità

_____ | _____ | _____ | _____
Comune di residenza | Provincia | Via/Piazza | Numero civico

CHIEDE l'annullamento delle seguenti carte e DICHIARA di averle distrutte:

Carta Di Debito

_____ | _____ | _____ / _____ / _____ | _____ | _____
Intestatario (cognome nome) | Nato a | | Residente a | Via/Piazza n.

_____ | _____ | _____ | _____
numero Carta Di Credito | Rilasciata dall'Istituto di Credito | Agenzia di | Data di rilascio

_____ | _____
Iban di conto corrente

In fede

Luogo e data _____

Firma _____

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza delle conseguenze di legge per chi fornisce false dichiarazioni (artt. 483 e 495 C.P.).