

# MODULO DA COMPILARSI A CURA DEL RICHIEDENTE

## Modulo 4

---

PARTE DA TRASMETTERE ALL'UFFICIO CENTRALE OPERATIVO MOTORIZZAZIONE CIVILE  
CASELLA POSTALE APERTA - 00 -162 ROMA NOMENTANO

Cognome

Nome

Sesso (1) (M/F)  Data di nascita (GG/MM/AAAA)

Comune di nascita  Provincia

Stato di nascita (per i nati all'estero)

Nuovo comune di residenza  Provincia

Nuovo indirizzo

Nr. civico  C.A.P.

Intestatario patente (Sì/No)  tipo ( A, B, C, D, BE,CE, DE )  Numero

Rilasciata il  Da (Prefettura/Motorizzazione)  di (provincia)

**INTESTATARIO (PROPRIETARIO, COMPROPRETARIO, USUFRUTTUARIO,  
LOCATARIO) DEI SEGUENTI VEICOLI: (1) (3)**

Autoveicoli:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rimorchi:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motoveicoli:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciclomotori:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>