

Al Comando di Polizia Municipale  
C.so Laghi n° 92  
10051 Avigliana  
TEL. 011/9367638 Fax 011/9328877

**OGGETTO: RICHIESTA DI ORDINANZA PER VIABILITA'**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

quale titolare/responsabile della Ditta \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

All'Ufficio in indirizzo, la (segnare la voce interessata)

chiusura  
 senso unico alternato  
 divieto di sosta / fermata

} indicare Aut.Ufficio Tecnico n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

di Via/P.zza \_\_\_\_\_

Per i lavori di \_\_\_\_\_

**EVENTUALI ALLEGATI:**

**Si allega alla presente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avigliana lì \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_