

Spett.le

UFFICIO TESSERAMENTO

AEROPORTO DI BOLZANO

ufficiotesseramenti@bolzanoairport.it

fax 0039 0471 255 222

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Data e luogo di nascita _____

Numero di documento _____

*Richiede la sostituzione del tesserino/lasciapassare NR. _____, a causa
dell'usura dello stesso.*

===== Spazio riservato all'Ufficio Tesseramento =====

Data restituzione vecchio tesserino/lasciapassare	
Data consegna nuovo tesserino/lasciapassare	
Timbro e firma dell'agente ABD	