SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Staff Direzione Aziendale

UOC Medicina Legale e Risk Management

RICHIESTA DI ACCREDITO IN CONTO CORRENTE ARRETRATI PER RIVALUTAZIONE INDENNIZZO L. 210/92

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ , il ____ / ___ / _____

CHIEDE

L'accredito degli arretrati di cui sopra sul conto corrente a me intestato/cointestato

CODICE IBAN

Presso _____

Agenzia n. _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Città _____

Data _____ _____

(Firma per esteso leggibile)

Il presente modulo va restituito compilato e sottoscritto dall'interessato allegando copia della carta d'identità.