

**Spett.le**

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE**

**Ufficio Trattamento Economico del Personale**

**Via Renato Paolini, 45 – PESCARA**

**Oggetto: revoca istanza di delegazione di pagamento per contratto di assicurazione.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(nome)

(cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

(indicare almeno un contatto)

**chiede**

la **revoca** della trattenuta assicurativa mensile di € \_\_\_\_\_ operata sullo stipendio, in

favore della Compagnia \_\_\_\_\_ a partire dal mese di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

Allegati: 1) Copia del documento d'identità;

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 tale dichiarazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.