

ASL DI PESCARA

**UOC Trattamento Economico
Personale Dipendente e Convenzionato
Via R. Paolini n.47
65124 PESCARA (PE)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ Prov. _____ e residente in _____
Via _____ n. _____ in servizio
presso codesta Azienda , Unità Operativa _____
con la qualifica di _____ matr. _____
nella sede di _____ (tel. _____)

CHIEDE

la compilazione in duplice copia di un certificato di stipendio ad uso cessione del quinto/delegazione di pagamento.

Distinti saluti.

FIRMA

Pescara _____

Allega copia documento di identità fronte/retro in corso di validità.

N.B. INVIARE IL SUDDETTO DOCUMENTO AD UNO DEI SEGUENTI INDIRIZZI DI POSTA:

PEO: protocollogenerale@asl.pe.it

PEC: protocollo.aslpe@pec.it