

SPETT.LE
ASP VIBO VALENTIA
Ufficio Stipendi

OGGETTO: RICHIESTA ACCREDITO COMPETENZE MENSILI.

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' PENALI E DEGLI EFFETTI AMMINISTRATIVI DERIVANTI DALLA FALSITA' IN ATTI E DALLE DICHIARAZIONI MENDACI, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI AGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ Matricola _____

NATO/A il _____ Telefono _____ IN SERVIZIO

PRESSO CODESTA AZIENDA IN QUALITA' DI:

DIPENDENTE

MEDICO SPECIALISTA

CHIEDE

CHE LE COMPETENZE MENSILI SIANO ACCREDITATE PRESSO L'ISTITUTO:

(DENOMINAZIONE) _____

SEDE DI _____

CODICE IBAN _____

(Allegare fotocopia leggibile di un documento di identità in corso di validità)

DATA _____

FIRMA
