

ALL' ASSOCIAZIONE IMPIEGATI IN QUIESCENZA
DELLA REGIONE SICILIANA
VIA SIRACUSA, 10
90141 PALERMO

Oggetto: CONTRIBUTO SANITARIO INTEGRATIVO ANNO _____

Il/La sottoscritt _____ nato/a a

_____ il _____ e residente in via _____

Città _____ Cap _____ telefono: _____

soci_ di Codesta Associazione chiede l'erogazione del Contributo indicato in oggetto.

Dichiara di avere preso visione del regolamento pubblicato sul Notiziario e di essere in regolare con il pagamento delle quote associative.

Richiede inoltre, in caso di concessione del contributo, che lo stesso sia erogato:

- 1) direttamente presso la sede dell'Associazione:
- 2) mediante accredito su proprio c/c di cui si fornisce il codice IBAN

Allega i seguenti documenti:

- 1) Copia della prescrizione
- 2) Fotocopia autenticata della certificazione del pagamento;
- 3) Fotocopia del documento di identità del socio;

Con osservanza.

Palermo, li _____

FIRMA
