

ALLEGATO "A"

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
"SAN LUIGI GONZAGA"

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
Tel. 011/9026475 – Fax 011/9026595

**MODULO DI RICHIESTA COMPENSO PER ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO
IN POSSESSO DI PARTITA I.V.A.**

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

DOMICILIO FISCALE _____

CODICE FISCALE | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

e-mail _____ rec.telefonico _____

MODALITA' DI PAGAMENTO _____

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____

AGENZIA N. _____ **INDIRIZZO** _____

_____ **COMUNE** _____

Codice IBAN _____

SI ALLEGA FATTURA

CORSO DI STUDIO IN TECNICA della RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

ANNO ACCADEMICO _____

INSEGNAMENTO _____

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, che quanto dichiarato è corrispondente a verità.

DATA: _____

_____ (firma del richiedente)

Verificato che le suddette ore richieste in pagamento sono state effettivamente svolte, si autorizza

Il Presidente
Prof. Stefano GEUNA