

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____ AGENZIA N. _____

Indirizzo _____ Comune _____ -

Codice IBAN _____

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

Orbassano, lì _____

(firma del richiedente)

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

Il Presidente
Prof. Stefano GEUNA

Spazio riservato al Corso di Studi Magistrale Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie