



**SOCIETA' DELLA SALUTE  
della Zona Fiorentina Nord Ovest**

Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)  
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

**RISCOSSIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI SOCIALI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nella sua qualità di titolare della quietanza su delega del Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, già firmatario della richiesta presentata in data \_\_\_\_\_, protocollo n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il pagamento delle somme erogate avvenga con le seguenti modalità, esonerando espressamente l'Ente da ogni e qualsiasi responsabilità al proposito:

QUIETANZA DIRETTA c/o la Tesoreria Comunale di .....

ASSEGNO CIRCOLARE non trasferibile da spedire al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

ACCREDITO SUL C/C BANCARIO O POSTALE intestato a proprio nome o cointestato:  
C/o \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Cod. Paese	Check digit	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE
---	---	-	-----	-----	-----

Che l'Ente non risponde di eventuali spese sostenute dal correntista in caso di accredito su conto corrente bancario o postale.

Data, .....

Firma leggibile del richiedente

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

A norma dell'art.38 D.P.R n.445 del 28.12.2000, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

- È stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;
- È pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data,.....

Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione

.....