Alla ASL VITERBO
U.O.S.D. MEDICINA LEGALE
VIA ENRICO FERMI, 15 – 2° piano – 01100 VITERBO

SCHEDA INFORMATIVA
E MODALITA' DI PAGAMENTO INDENNIZZO/UNA TANTUM LEGGE N. 210/92

…l… sottoscritt… …….

nat…. a …… (…….) il ……..

Codice fiscale n° ……..... residente in ...……...….…

……... …… CAP ……. in Via ….……

n° ……. Telefono n° …….. Cellulare n° ……..

chiede che il pagamento dell'indennizzo/una tantum [1] di cui alla Legge n. 210/92 venga effettuato con la seguente modalità:

❑ [2] Pagamento tramite Istituto Bancario sul proprio conto (compilare la parte sottostante)

Dati per accreditamento

Banca ……...…….

Agenzia …….

Sede Agenzia ……

Codice IBAN |_I_|_T_|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Eventuale cointestatario del conto [3]

Cognome …….. nome ……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Firma ……

❑ [2] Pagamento tramite Banco Posta sul proprio conto (compilare la parte sottostante)

Dati per accreditamento

Ufficio Postale ….……...…….

Sede …….……

Codice IBAN |_I_|_T_|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Eventuale cointestatario del conto [3]

Cognome …….. nome ……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Firma ……

Allega: stampa codice IBAN rilasciato dall'Istituto Bancario o Banco Posta e fotocopia del Documento di identità.

Data……. Firma ……...

[1] depennare la voce che non interessa;
[2] barrare la casella che interessa;
[3] nel caso di più cointestatari devono essere compilati più modelli pari al numero dei cointestatari