

ALLEGATO "A"

SISTEMA SANITARIO REGIONALE DEL PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "SAN LUIGI GONZAGA" DI ORBASSANO
CORSO DI STUDIO in TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

**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 _____ CELL. _____

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____

IBAN _____

CORSO DI LAUREA IN TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA –

A.A. _____ MODULO: _____

Comunico di essermi accreditato/a al Sistema NSO – Ministero dell'Economia e delle Finanze e a tal fine segnalo **una delle 3 seguenti opzioni:**

- 1) Codice NSO ed è il seguente _____
- 2) Codice PEPPOL ed è il seguente _____
- 3) Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

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

(firma del richiedente)

Per presa visione, si autorizza

Il Coordinatore
dott.ssa Adriana COLOMBO

Il Presidente
prof. Luca OSTACOLI

Spazio riservato al Corso di Studio in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica