ALLEGATO "A"

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
"SAN LUIGI GONZAGA"
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:_____rec.telefonico_____

MODALITA' DI PAGAMENTO _____

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____

AGENZIA N. _____INDIRIZZO_____

_____COMUNE_____

Codice IBAN_____

INVIO FATTURA ELETTRONICA AOU SAN LUIGI GONZAGA

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

CORSO DI STUDIO IN TECNICA della RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
ANNO ACCADEMICO _____

INSEGNAMENTO/SEMINARIO_____

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)

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

Il Coordinatore
Dott.ssa Adriana COLOMBO
_____

Il Presidente
Prof. Luca OSTACOLI
_____

Spazio riservato al Corso di Studio in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica