ALLEGATO "A"

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "SAN LUIGI GONZAGA" DI ORBASSANO
CORSO DI STUDIO IN TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA – fcl-trp-to@unito.it

MODULO DI RICHIESTA COMPENSO PER ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO IN POSSESSO DI PARTITA IVA

COGNOME _____NOME_____

DATA DI NASCITA |__|__|/__|__/|__|__|__|__| LUOGO DI NASCITA_____

DOMICILIO FISCALE _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PARTITA IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

REGIME FISCALE (ORDINARIO/FORFETTARIO) _____

E-MAIL _____CELL._____

DA ACCREDITARE PRESSO LA BANCA _____

AGENZIA N. _____INDIRIZZO_____

COMUNE_____

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CORSO DI STUDIO 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) Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
2) Codice NSO ed è il seguente _____
3) Codice PEPPOL ed è il seguente _____

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