



Alla Sezione Prov.le Feder.S.P.eV.
c/o Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Alessandria
Via Pisacane, 21 - 15121 Alessandria
mail: g.reposi@ordinemedici.af.it
Fax 0131 52455

MODULO DI ADESIONE AL RICORSO ALLA CORTE DEI CONTI per il BLOCCO DELLE PENSIONI

COGNOME _____

NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENZA

VIA _____ N. _____

CAP/CITTÀ _____

CF _____

TELEFONO _____

CELLULARE _____

E-MAIL _____

IMPORTO PENSIONE MENSILE PERCEPITO

- da 1.501,00 a 2.000,00 € lordi
 - da 2.001,00 a 2.500,00 € lordi
 - da 2.501,00 a 3.000,00 € lordi
 - da 3.001,00 € lordi
- (contrassegnare con una X)

Data _____ Firma _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali in base a quanto prescritto dal D.Lgs. 196/03

Allegato copia documento identità _____ Firma _____