SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL VITERBO

REGIONE LAZIO

U.O.C. MEDICINA LEGALE AZIENDALE
Via Enrico Fermi, 15 – 01100 VITERBO
TEL. 0761 237619 – 0761 237919

SCHEDA INFORMATIVA
E MODALITA' DI PAGAMENTO INDENNIZZO 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 di cui alla Legge n. 210/92 venga effettuato con le seguenti modalità:

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

Dati per accreditamento

Banca ……...…….

Agenzia …….

Sede Agenzia ……

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

Eventuali cointestatari del conto

Cognome …….. nome ……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome …….. nome ……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Dati per accreditamento

Ufficio Postale ….……...…….

Sede …….……

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

Eventuali cointestatari del conto

Cognome …….. nome ……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome …….. nome ……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data……. Firma ……...

([1]) barrare la casella che interessa.