

ALL'IN.P.D.A.P.
Sede Provinciale di _____

Oggetto: Richiesta trattamento di quiescenza

Il/La Sottoscritt _____ nato/a a
_____ il _____ residente in
_____, in servizio presso
_____ con la qualifica di
_____, cessando dal servizio a decorrere dal
_____ per _____,

C H I E D E

a codesto Istituto che gli/le venga liquidato il trattamento di quiescenza spettante ai sensi delle norme vigenti.

_____ li _____

Firma
