

Alla Direzione del Personale
Ufficio Stipendi
Azienda Sanitaria Locale
Via del Terminillo, 42
02100 – R I E T I

Il/la sottoscritt_____ matr._____

nato/a_____ il_____

e residente in _____

via _____

dipendente di questa Amministrazione

C H I E D E

che non venga attribuito il credito di cui all'art.1 del D.L. 24/04/2014 n. 66 (Bonus Renzi).

Luogo e data _____

(firma)