



COMUNE DI SERRAVALLE

NOTIFICA DI PARTENZA

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Cassa malati: _____

Astretto al servizio: militare protezione civile

Professione: _____

Datore di lavoro: _____

Se indipendente; a quale Agenzia AVS è iscritto: _____

No. telefonico: _____ e-mail: _____

Data di partenza: _____ per: _____

Nuovo indirizzo: _____

Accompagnato da:	Nome	Data di nascita	Cassa malati
------------------	------	-----------------	--------------

<input type="checkbox"/> coniuge	_____	_____	_____
----------------------------------	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> figli	_____	_____	_____
--------------------------------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

convivente

Restituzione acconti / imposte pagate per l'anno corrente:

Conto corrente bancario: _____

Conto corrente postale: _____

Data: _____

Firma: _____

Da allegare:

- libretto servizio militare o protezione civile