

**RICHIESTA CERTIFICAZIONE
INDENNITA' ex ART.6 L.R. 5/99**

Spett.le R.E.S.A.I.S. S.P.A.
Via A Borrelli n. 10
90139 - PALERMO

Il / La sottoscritt _____
nat _____ a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ via _____
Tel. _____ Email _____

C H I E D E

il rilascio della **CERTIFICAZIONE INDENNITA' MENSILE (ART. 6 L.R. 5/99):**

Autorizza il trattamento dei dati personali ed esonera l'amministrazione da qualsivoglia responsabilità.

_____, li, _____

Firma

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente