

**AUTORIZZAZIONE AL RECUPERO DI EVENTUALI DEBITI
SUL TRATTAMENTO DI QUIESCENZA**

__ L__ sottoscritt__ _____
(nome) (cognome)

nat__ a _____ prov _____ il _____
(comune)

residente a _____ CAP _____
(comune) prov

in _____ n° _____, matricola _____
(piazza, via, corso)

qualifica _____

in servizio presso _____

AUTORIZZA

codesto istituto a recuperare sul trattamento di quiescenza spettante, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge, gli eventuali debiti lasciati nei confronti dell'Università degli Studi di Napoli FEDERICO II e/o dell'Azienda Ospedaliera Universitaria FEDERICO II accertati o da accertare successivamente alla data del collocamento in pensione

Napoli, _____

Firma

.....