

Spett.le
ASST Papa Giovanni XXIII
Piazza OMS, 1
24127 – Bergamo
fax 035.267.4100
PEC: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it
PEO: protocollo@asst-pg23.it

Oggetto: Richiesta rateizzazione debito come da Vs. lettera prot. n. _____ del _____
(Per un importo complessivo superiore a € 300,00=)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente
a _____ in via/piazza _____ n. _____ cf _____
cellulare _____ mail _____ posta certificata (pec) _____

CHIEDE

per la richiesta di pagamento di tot. € _____, di cui all’oggetto, inerente ai documenti _____ n. _____,
la rateizzazione in numero _____ rate mensili come da prospetto allegato che costituisce parte integrante della
presente proposta, con le seguenti motivazioni:

- difficoltà economiche (*indicare*) _____
- altro (*indicare*) _____

La prima rata verrà versata entro il mese di _____ dell’anno _____ .

DICHIARA

inoltre, di essere consapevole che il mancato pagamento anche di una sola rata mensile comporterà la decadenza dal beneficio della rateizzazione e darà diritto all'ASST di agire per il recupero dell'intero ammontare del proprio credito.

Il pagamento avverrà entro l’ultimo giorno del mese di competenza della rata tramite:

- versamento in contanti allo sportello bancario del tesoriere dell’ASST
- bonifico bancario – Iban: IT75 Z056 9611 1000 0000 8001 X73 – Swift Code: POSOIT22

Autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati per tutte le pratiche conseguenti alla presente istanza.

_____, lì _____
(luogo) (data) (firma leggibile)

Allego copia di un documento di riconoscimento.



ASST Papa Giovanni XXIII

Visto, tenuto conto delle motivazioni sopra riportate, concede la rateizzazione, come sopra specificato, a partire dal mese di _____ anno _____ .

Bergamo, li _____

Il Dirigente / Il Direttore

Il Responsabile del procedimento: _____
Tel. _____ / fax virtuale _____

Visto – procedere
Direttore amministrativo: _____