

**RICHIESTA REVOCA CARICHI FAMILIARI
ASSEGNI FAMILIARI**

**Al Servizio Autonomo Personale
Area Amministrazione Economica Risorse
Umane
Corso Arnaldo Lucci, 66
80142 - Napoli**

Il Sottoscritto

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Matricola	<input type="text"/>		
Nato a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
In servizio presso	<input type="text"/>		
Tel	<input type="text"/>		

CHIEDE

la revoca degli assegni familiari indicati per i seguenti familiari:

NOMINATIVO	DATA NASCITA	PARENTELA	DECORRENZA	Motivazione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il Sottoscritto allega copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Data

FIRMA