



*Servizio Sanitario Nazionale*  
**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale**  
**“Santobono-Pausilipon”**  
*Via della Croce Rossa,8 -80122- Napoli*  
**S.C.Gestione S.C. GRisorsa Umane**  
**Tel. fax 0812205317 A.De Fazio**

All'Ufficio Gestione Risorse Umane  
Trattamento Economico

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

Con il profilo professionale di \_\_\_\_\_

Con rapporto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_

Chiede

Il rilascio della seguente certificazione:

- Certificato di quota cedibile
- Rinnovo della quota cedibile con estinzione
- Certificato di stipendio
- Delegazione di pagamento

(Ai sensi dell'art.39 del DPR n. 180/50 è fatto divieto contrarre una nuova cessione prima che siano trascorsi due anni dall'inizio della precedente cessione di durata quinquennale o quattro dall'inizio di durata decennale)

**Che la certificazione venga consegnata presso:**

---

Dichiara di essere a conoscenza che il certificato di quota cedibile o delegazione non può essere richiesto ai fini della produzione dello stesso a Pubbliche Amministrazioni o a privati gestori di pubblici servizi ai sensi dell'art. 15 Legge 183/2011. il dipendente deve assolvere **all'obbligo del pagamento dell'imposta mediante apposizione di marca da bollo d'importo pari ad € 16,00 per ogni foglio.**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_