Allegato 10

RICHIESTA DI REVOCA DELLA DELEGA DI PAGAMENTO

AL CENTRO INFORMATICO AMMINISTRATIVO NAZIONALE GUARDIA DI FINANZA

ALLA APCSM INDICATA NEL QUADRO B

QUADRO A - DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto:

Grado _____ Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a _____ Prov. _____ Cap._____
Piazza/Via _____ Nr. _____

E-mail: _____ Tel. / Cell _____
Pec: _____

QUADRO B – DATI IDENTIFICATIVI DELL'APCSM DA CUI SI INTENDE RECEDERE

Denominazione _____

Sede legale: _____
Piazza/Via _____ Nr. _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice meccanografico | | | | | | | | | | | | | | | | |

E-mail: _____ Tel. / Cell _____
Pec: _____

QUADRO C – REVOCA DELEGA SINDACALE DELLA TRATTENUTA MENSILE DA PARTE DEL C.I.A.N.

Con la presente il sottoscritto REVOCA la delega a suo tempo rilasciata per il versamento mensile dei contributi sindacali in favore dell'APCSM indicata nel QUADRO B.

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità, sottoscritto – in data odierna – \dal richiedente.

Luogo e data _____ **Firma per esteso** _____