

Bari, ____/____/____

Spett. le Area Gestione Risorse Umane ASL BA
 Ufficio Trattamento Economico
 Lungomare Starita n°6 - 70132 BARI

Oggetto: **Prestito Pluriennale INPS**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____/____/____

dipendente di codesta ASL con la qualifica di _____

Matricola _____ presso _____

C H I E D E

di poter usufruire della concessione di prestito pluriennale INPS.

(firma dipendente)