

Bari, ____/____/____

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

Oggetto: **Certificato di Stipendio**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____/____/____

dipendente di codesta ASL con la qualifica di _____

Matricola _____ presso _____

C H I E D E

che gli venga rilasciato certificato di stipendio per gli usi consentiti dalla legge.

(firma dipendente)