

Brindisi, ___/___/_____

Spett.le
Sanitaservice ASL BR S.r.l.
Via Napoli, 8
72100 Brindisi (BR)

Io sottoscritto _____ dipendente della Sanitaservice ASL BR

Chiede

Al sostituto d'imposta Sanitaservice ASL BR di applicare per l'anno 2018 l'aliquota IRPEF pari al _____
a decorrere dalla mensilità di _____.

Dichiarando che lo stesso effettuerà in sede di dichiarazione dei redditi personali UNICO/730 i relativi
conguagli.
