

**Al Direttivo
C.R.A.L. ASL Chieti 02**

OGGETTO: contributo Campus 2019

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____
in servizio presso il Presidio _____ nel Reparto/Servizio
_____, GENITORE di _____

CHIEDE

di poter ricevere il contributo Cral per n. _____ settimane nelle quali il/la proprio/a figlio/a ha partecipato
al Campus _____, sul proprio conto corrente con il seguente
IBAN _____

Si allega alla presente la copia del pagamento effettuato al Campus.

In fede

data _____

firma
