

economico gestionali
p.mautone@aslsalerno.it

E p.c. Datore di Lavoro
Mail.....

Alla UOSD CUP-ALPI- Liste di attesa
alpi@aslsalerno.it

Il/La sottoscritto/a ^{DOTT. SSA} ANNA MARIA BORRELLI
..... dipendente dell'Asl Salerno, matr. 10312 in servizio
presso D.S. 69, avendo svolto, a seguito di apposita convenzione sottoscritta in data
03/11/2023, l'attività di medico competente presso il Datore di lavoro
D.S. "PARMENIDE" DI VALLO DELLA LUCANIA

CHIEDE

Ai fini del pagamento del corrispettivo dovuto, l'emissione di apposita fattura per l'importo di
seguito indicato:

Corrispettivo per ogni lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria	Euro <u>40,00</u>
Numero lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria	<u>10</u>
TOTALE	<u>400,00</u>
+ IRAP (8,5% sul totale)	Euro <u>34,00</u>
+ Bollo	Euro <u>2,00</u>
IMPORTO FATTURA	Euro <u>436,00</u>

Si comunica che i dati identificativi del Datore di lavoro sono i seguenti:

Cognome e Nome / Ragione sociale ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "PARMENIDE"

Via Luigi Rivaldi, 1

Località Vallo della Lucania prov. SA cap 84078

PARTITA IVA/CODICE FISCALE 84000700659

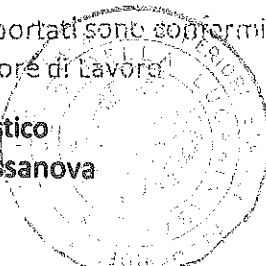
CODICE DESTINATARIO FATTURAZIONE ELETTRONICA UF97MØ

CODICE CIG BABCCF06EB (se da indicare)

CAUSALE FATTURA: Sorveglianza sanitaria anno 2023

Si precisa che gli importi sopra riportati sono conformi alla Convenzione sopra richiamata e che gli
stessi sono stati accettati dal Datore di Lavoro.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Francesco Massanova



Handwritten signature