

**AUTORIZZAZIONE AL RECUPERO DI EVENTUALI DEBITI  
SUL TRATTAMENTO DI QUIESCENZA**

\_\_ L \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(nome) (cognome)

nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(comune) prov

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
(comune) prov

in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ , matricola \_\_\_\_\_  
(piazza, via, corso)

categoria \_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

codesto Istituto a recuperare sul trattamento di quiescenza spettante, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge, gli eventuali debiti lasciati nei confronti dell'Università degli Studi di Napoli FEDERICO II e/o dell'Azienda Ospedaliera Universitaria FEDERICO II accertati o da accertare successivamente alla data del collocamento in pensione

Napoli, \_\_\_\_\_

Firma

.....