

ALL'IN.P.D.A.P.  
Sede Provinciale di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta trattamento di quiescenza**

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di  
\_\_\_\_\_, cessando dal servizio a decorrere dal  
\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_,

C H I E D E

a codesto Istituto che gli/le venga liquidato il trattamento di quiescenza spettante ai sensi delle norme vigenti.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_