

**IL PRESENTE MODULO E' DA RISPEDIRE**  
**FIRMATO VIA MAIL A: [cralamiat@gruppoiren.it](mailto:cralamiat@gruppoiren.it)**  
**OPPURE VIA FAX AL N. 011/2223444 (BREVE 3444)**

Spett.le  
C.R.A.L.-A.M.I.A.T.  
Via Germagnano, n° 46  
10156 Torino

**OGGETTO: TRATTENUTA IN BUSTA PAGA.**

IO SOTTOSCRITTO .....

DIPENDENTE A.M.I.A.T., N° MATRICOLA AZIENDALE .....

CENTRO MEDICO PRESCELTO .....

CHIEDO CHE MI VENGA ADDEBITATO L'IMPORTO DA ME DOVUTO DI

€ ..... IN N° **02** RATE MENSILI

A PARTIRE DAL MESE DI ... ..

CAUSALE : **VISITA MEDICA AGONISTICA**

**SVB Via Botticelli 10/9: € 31,00 AGONISTICA - €26,00 NON AGONISTICA**

**IRR C.so Francia 104/3: € 40,00 AGONISTICA - € 30 NON AGONISTICA**

**F.M.S.I. Stadio Olimpico: € 43,00 AGONISTICA adulti - € 40,00 AGONISTICA under18**

**JMEDICAL: € 49,50 AGONISTICA adulti - € 45,00 AGONISTICA under18**

Torino, li .....

Firma: