

**All'I.N.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

\_\_\_\_\_