



TRIBUNALE DI SONDRIO

Via Mazzini n. 34 -

C.F./P.I. 80001000142 - Tel. 0342/529224/286 - Fax: 0342/511964

AUTOCERTIFICAZIONE

AI SENSI DELLA LEGGE n. 127 del 15/05/1997

Il sottoscritto avendo reso prestazione nel proc. pen. n. a carico di
..... per
chiede

la liquidazione dei compensi come da nota depositata. All'uopo dichiara sotto la propria responsabilità:

CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	M/F

DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	DOMICILIO FISCALE
			Comune _____ Via _____

ESTREMI DEL C/C SU CUI EFFETTUARE L'ACCREDITO

DENOMINAZIONE DELL'AZIENDA DI CREDITO				INTESTATARIO DEL C/C BANCARIO	Data _____ Firma
COORDINATE BANCARIE DEL CONTO CORRENTE				NUMERO E INTESTATARIO DEL C/C POSTALE	
CIN	ABI (Azienda)	CAB	NUMERO CONTO		
IBAN **					
BIC**					