

REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale_____

Dipartimento di Prevenzione

Servizio _____

Via

.....

Tel. fax

Al Sig. Procuratore della Repubblica

OGGETTO : Comunicazione del mancato pagamento

- Trasmissione Verbale n. _____ del ____/____/_____

In relazione all'oggetto, si comunica che la ditta _____ sita in _____ non ha effettuato il pagamento della/e ammenda /e definite nel verbale di accertamento in oggetto indicato.

Si allega copia del verbale di accertamento (mod_09_VERB).

Il Dirigente del Servizio _____

(1) numero del verbale trasmesso in allegato.

(2) data del verbale.