***Dott..............***

*Psicologo*

*Via................Milano*

*C.F………………………*

Milano, …............ 2017

Spett.le

Ospedale/Coop/Ente.....

Via………………..

Milano...

CF:

PI:

**Ricevuta**

Compenso per prestazione professionale

di natura occasionale (relativa al mese

di...........2017 oppure al progetto.....) Euro 1.000,00.=

(meno) RA 20% Euro -200,00.=

Euro 800,00.=

Fuori campo I.V.A. ex art. 5 del D.P.R. 633/72

Imposta di bollo assolta sull'originale