

# RICHIESTA DI REVOCA DI UN'UDIENZA IMPARZIALE

P.O. BOX 1930  
ALBANY, NY 12201-1930  
(877) 209-1134  
Fax: (518) 473-6735

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE COMPILATO ESCLUSIVAMENTE DAL RICORRENTE  
O DAL SUO RAPPRESENTANTE LEGALE**  
LA COMPLETEZZA E LA CORRETTEZZA DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL MODULO  
CI PERMETTERÀ DI ELABORARE VELOCEMENTE LA VOSTRA RICHIESTA.

*Scrivere in modo chiaro.*

**DATA:** \_\_\_\_\_

**NUMERO UDIENZA IMPARZIALE:** \_\_\_\_\_ **N. CASO:** \_\_\_\_\_

**DATA UDIENZA:** \_\_\_\_\_ **ORA UDIENZA:** \_\_\_\_\_

**CONTEA:** \_\_\_\_\_ **o AGENZIA NYC:** \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SUL RICORRENTE:

NOME CASO: \_\_\_\_\_

(COGNOME)

(NOME)

(SEC. NOME)

ULTIME QUATTRO CIFRE DEL NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ INTERNO N.: \_\_\_\_\_

CITTÀ: \_\_\_\_\_ STATO: \_\_\_\_\_ CODICE POSTALE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: (     ) \_\_\_\_\_ FAX: (     ) \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SUL RAPPRESENTANTE:

NOME: \_\_\_\_\_

RAPPORTO COL RICORRENTE: \_\_\_\_\_

SOCIETÀ RAPPRESENTANTE: (SE PERTINENTE) \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ SCALA/PIANO/INTERNO N.: \_\_\_\_\_

CITTÀ: \_\_\_\_\_ STATO: \_\_\_\_\_ CODICE POSTALE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: (     ) \_\_\_\_\_ INTERNO: \_\_\_\_\_

**PER QUALE RAGIONE DESIDERATE REVOCARE LA VOSTRA RICHIESTA DI UDIENZA IMPARZIALE?  
(ESEMPI: IL PROBLEMA È STATO RISOLTO; NON DESIDERO PIÙ DARE SEGUITO ALLA MIA RICHIESTA, ECC.)**

---

---

---

---

---

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_\_