

RICHIESTA DI REVOCA DI UN'UDIENZA IMPARZIALE:

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

QUESTO MODULO DEVE ESSERE COMPILATO ESCLUSIVAMENTE DALL'APPELLANTE O DAL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO.

LA FORNITURA DI INFORMAZIONI CORRETTE E COMPLETE CI CONSENTIRÀ DI ELABORARE TEMPESTIVAMENTE LA RICHIESTA.

Scrivere le informazioni in modo chiaro. **DATA DI OGGI:** _____

NUMERO UDIENZA IMPARZIALE: _____ **N. PRATICA:** _____

DATA UDIENZA: _____ **ORA UDIENZA:** _____

CONTEA NELLA PARTE SETTENTRIONALE DELLO STATO: _____

o AGENZIA DI NEW YORK CITY: _____

INFORMAZIONI APPELLANTE:

NOME PRATICA _____
(COGNOME) (PRIMO NOME) (INIZ. 2° NOME)

ULTIME QUATTRO CIFRE NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE: _____

INDIRIZZO (VIA/PIAZZA): _____ INTERNO N: _____

LOCALITÀ _____ STATO: _____ CODICE POSTALE: _____

TELEFONO: () _____ NUMERO FAX: () _____

INFORMAZIONI RAPPRESENTANTE:

NOME: _____

RAPPORTO CON L'APPELLANTE: _____

ORGANIZZAZIONE DEL RAPPRESENTANTE: (SE APPLICABILE)

INDIRIZZO (VIA/PIAZZA): _____ SUITE/PIANO/INTERNO N. _____

LOCALITÀ _____ STATO: _____ CODICE POSTALE: _____

TELEFONO: () _____ ESTENSIONE: _____

**PER QUALE MOTIVO VUOLE REVOCARE LA SUA UDIENZA IMPARZIALE?
(ESEMPI: LA QUESTIONE È STATA RISOLTA; NON VUOLE PIÙ PORTARE AVANTI LA QUESTIONE, ECC.)**

FIRMA:

DATA: