

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art.14 - D.M. 31/10/2002)

All' ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
<input style="width: 95%;" type="text"/>			

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
<input style="width: 95%;" type="text"/>			

NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA

Il sottoscritto **chiede** che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio** :

- C/C Postale
- Libretto postale nominativo

COORDINATE IBAN

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

DATA _____

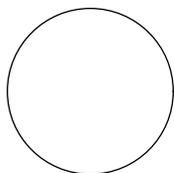
Firma per esteso

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello postale sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora Poste Italiane Spa comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Riservato all'Ufficio di Servizio

Ufficio di Servizio _____



Timbro dell'Ufficio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Firma del dirigente _____

Data _____

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art.14 - D.M. 31/10/2002)

All' ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio** conto corrente bancario:

COORDINATE IBAN

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

DATA _____

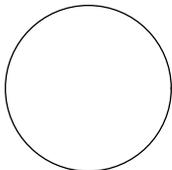
Firma per esteso

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora la Banca comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Riservato all'Ufficio di Servizio

Ufficio di Servizio _____



Timbro dell'Ufficio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Firma del dirigente _____

Data _____