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)
		| | | | | | | |	

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV. (Sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)
	|	| | | | | | | | | | | | | | | |

DOMICILIO – VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV. (Sigla)
	| | | |		|

NUMERO PARTITA/ISCRIZIONE/MATRICOLA
| | | | | | | | | | | | | | | | |

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 del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)

IT																										
IBAN			CIN			ABI						CAB						NUMERO CONTO								

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

Data ___/___/_____ Firma _____

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 _____

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Firma del Dirigente _____

Timbro dell'Ufficio

Data ____/____/____