

(D.P.R. 367/1994 art.14 – D.M. 4/4/1995 – D.M. 31/10/2002)

All'Ufficio Responsabile

COGNOME						NOME							DATA DI NASCITA giorno mese anno			SESSO (M o F)				
COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA								PROV. (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)											
DOMICILIO – VIA E N.CIVICO								CAP			LOCALITÀ									PROV. (sigla)
ENTE / MINISTERO						UFFICIO														
INDIRIZZO						CAP			LOCALITÀ									PROV. (sigla)		
						NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA														

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

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

[illegible]

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

Data

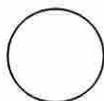
Firma

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare (anche nell'ambito della stessa banca) il conto corrente sul quale effettuare l'accredito. Le coordinate IBAN 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 dell'IBAN del conto del beneficiario stesso. Tale modifica sarà segnalata nel cedolino delle competenze inviato mensilmente al beneficiario.

Ufficio di Servizio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.



Timbro dell'Ufficio

Firma del Dirigente _____

Data