



**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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 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 accreditalmento.

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per esteso

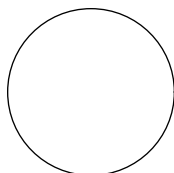
**AVVERTENZE**

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.

Ufficio di Servizio \_\_\_\_\_

Si trasmette la richiesta di accreditalmento delle competenze del sopraindicato amministrato

Riservato all'Ufficio di Servizio



Timbro dell'Ufficio

Firma del dirigente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_