

**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 sotto riportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

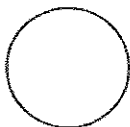
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 trasmetta la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.

Firma del Dirigente \_\_\_\_\_

Timbro dell'Ufficio

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_