

## 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** :

- C/C Postale  
 Libretto postale nominativo

### 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 o libretto è intrattenuto)

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c

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

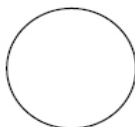
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

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

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

Timbro dell'Ufficio

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