RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art. 14- D.M. 31/10/2002)

RASTB08 – 1.0

All'ufficio Responsabile di

COGNOME NOME data nascita sesso

COMUNE nascita PROV. COD.FISC.

Via e n. Civ. CAP Località PROV.

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio** conto corrente bancario.

COORDINATE I BAN

(Il codice IBAN e sempre di 27 caratteri, e pertanto necessario riempire tutte le caselle sotto riportate. Il codice IBAN e indicato sull'estratto del conto corrente o puo essere richiesto al soggetto presso il quale il conto e intrattenuto)

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 dairAmministrazione 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 sara comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

timbro ufficio

Ufficio di Servizio

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

Firma del Dirigente

data