

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

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

All'ufficio Responsabile di _____

COGNOME PAGLIANO	NOME GABRIELE	DATA DI NASCITA 29 01 95	SESSO (M o F) M
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA CHIERI	PROV. (Sigla) TO	CODICE FISCALE (obbligatorio) P1G16R195L29C6271X	
DOMICILIO – VIA e N. CIVICO Str Remondini 3	CAP 1140116	LOCALITA' TIGLIOLE	PROV. (Sigla) AT
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 cic
IT 28 B 36081 05138 251282151284

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

Data 27/04/2020

Firma *Gabriele Pagliano*

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 accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.

Firma del Dirigente _____

Timbro dell'Ufficio

Data _____ / _____ / _____