*RASTP08-1.0*



**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

***Ufficio postale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***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 accreditamento.

DATA

Firma per esteso

**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.

Ufficio di Servizio

Riservato all'Ufficio di Servizio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Timbro dell'Ufficio

Firma del dirigente

Data