



RICHIESTA DI ACCREDITO DELLE COMPETENZE MENSILI SU C/C BANCARIO O POSTALE

nuova richiesta

modifica richiesta precedente

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
data nascita	Comune (o stato estero) di nascita		Prov.
Codice Fiscale		Struttura di appartenenza (Sezione, Lab. Naz., Centro Naz., ecc.)	
In posizione di:			
Dipendente		Titolare borsa studio	Collab. coord. contin.
		Titolare ass. ric.	

chiede che le competenze mensili a lui/lei spettanti siano accreditate sul seguente c/c bancario o postale a lui/lei intestato o cointestato:

Banca						
Città, Filiale, Agenzia, ecc.						
Cod. IBAN	Paese	CIN EUR	CIN	ABI (Banca)	CAB (Sport.)	n. Conto
intestato a: (*)						

GD NOV 2008

(*) L'intestatario o uno dei cointestatori deve essere il/la richiedente

Data

Firma
