

Richiesta di accreditamento dello stipendio

(D.P.R. 367/1994 art. 14 – D.M. 4/4/1995 – D.M. 31/10/2002)

Matr: _____

Cognome: _____ Nome: _____

Cod. Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. Interno _____

Il/La sottoscritto/a, dipendente di questa:

 Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata ---- Fondazione Policlinico Tor Vergatachiede che il proprio stipendio venga **accreditato** dalla mensilità diin via continuativa sul **proprio** c/c bancario o postale.

Banca: _____

Agenzia: _____

Citta: _____ Via: _____

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.

Paese europeo 2 lettere	Check Digit 2 numeri	CIN 1 lett	A.B.I. 5 numeri	C.A.B. 5 numeri	N. Conto 12 caratteri

Il sottoscritto solleva da ogni responsabilità Il Policlinico Tor Vergata per qualsiasi danno che possa derivare dall'accREDITAMENTO in oggetto.

Roma li _____

Firma del dipendente
