SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO
"PIER LOMBARDO"
Via Magalotti, 13 – 28100 NOVARA
Tel.0321/624364 – Fax 0321/612036 – C.F. 80012280030
www.pierlombardo.it e-mail: nomm005004@istruzione.it

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

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

All'Ufficio Responsabile …….

COGNOME	NOME		DATA DI NASCITA giorno mese anno	SESSO (M o F)
COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA	PROV. (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)		
DOMICILIO – VIA E N.CIVICO	CAP	LOCALITÀ		PROV. (sigla)

ENTE / MINISTERO	UFFICIO	
INDIRIZZO	CAP	LOCALITÀ

NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio:

☐

☐ C/C Bancario

Libretto postale nominativo 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 del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è 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 (anche nell'ambito della stessa banca) il conto corrente sul quale effettuare l'accredito. Le coordinate IBAN 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 dell'IBAN del conto del beneficiario stesso. Tale modifica sarà segnalata nel cedolino delle competenze inviato mensilmente al beneficiario

Ufficio di Servizio

……

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

Firma del Dirigente…… Timbro dell'Ufficio

Data ……..