# RICHIESTA ACCREDITAMENTO/CAMBIO DELLO STIPENDIO E COMPENSI ACCESSORI

**( D.P.R. 357/1994 art.14 – D.M. 4/4/1995 – D.M. 31/10/2002 )**

# IL SOTTOSCRITTO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | | | DATA DI NASCITA  Giorno Mese Anno | | | | | | SESSO  ( M o F ) |
|  |  |  |  |  |  |
| COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA | PROV.  ( sigla ) | | CODICE FISCALE (obbligatorio) | | | | | | | |
|  |  |

**comunica le COORDINATE BANCARIE e/o POSTALI e chiede che le proprie competenze vengano**

**accreditate dal sottoelencato:**

#  C/C Bancario o Postale

 **Libretto postale nominativo**

**in via continuativa sul conto**

**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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IT |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN CIN ABI CAB NUMERO CONTO

**inoltre chiede l’invio del modello allegato all’Ufficio Competente (*Ufficio Responsabile***

# Pagamento Stipendio – D.T.E.F. di Roma).

**Data …………………….. Firma …………………………………………**