

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

Struttura di appartenenza

Indirizzo di residenza
comune cap via/piazza nr.

CHIEDE

che l'importo delle proprie competenze venga accreditato sul conto corrente presso:

Banca

Filiale/Agenzia Indirizzo, Cap

intestato a

CODICE IBAN											
Cod. Naz.	Check	CIN	A.B.I.	CAB		Numero conto corrente					
2 lettere	2 cifre	1 lett.	5 cifre	5 cifre		12 cifre					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

Il/La sottoscritto/a si impegna a tenere indenne l'Amministrazione dell'Azienda da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

Data

Il dipendente _____



ISTITUTO COMPRENSIVO "MONS. L. PAOLETTI"
62036 PIEVE TORINA (MC)

Via A. De Gasperi, 19 – tel. 0737-518010 – fax 0737-612247
e-mail mcic820004@istruzione.it - pec mcic820004@pec.istruzione.it
cod. fisc. 92011040430 – cod. min. MCIC820004
sito web: www.comprendivopievetorina.it



AVVISO A TUTTO IL PERSONALE

LE SS. LL. SONO PREGATE DI COMPILARE E RESTITUIRE ENTRO BREVISSIMO TEMPO IL MODELLO ALLEGATO ONDE POTER PERMETTERE A QUESTO UFFICIO DI SEGRETERIA DI PROCEDERE ALL'ACCREDITO DELLE PROPRIE COMPETENZE.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Maurizio Cavallaro
Firma autografata omessa ai sensi dell'art. 3 comma 2
decreto legislativo 39/93