

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 della Direzione Provinciale dei Servizi Vari di Cagliari

COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA			Sesso	
				gg	mes	anno	M	F
COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA		PROV. (sigla)	CODICE FISCALE					
DOMICILIO - VIA E N. CIVICO		CAP		LOCALITA'				PROV. (sigla)
ENTE / MINISTERO		UFFICIO DI SERVIZIO 433						
MINISTERO PUBBLICA ISTRUZIONE		ISTITUTO COMPRENSIVO DECIMOPUTZU						
INDIRIZZO		CAP		LOCALITA'				
VIA DONIZETTI, 42		0 9 0 1 0		DECIMOPUTZU				

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

☐ C/C Bancario o Postale

COORDINATE IBAN

PAESE		CIN	COORDINATE BANCARIE NAZIONALI																
		EUR	CIN	ABI				CAB				NUMERO CONTO							
I	T																		

AVVERTENZE!!! TUTTE LE CIFRE VANNO ACCOSTATE A DESTRA, LE CASELLE RESTANTI VANNO OCCUPATE CON LO ZERO

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

Data

Firma