

**MODULO DI RICHIESTA  
DI ACCREDITO DELLE COMPETENZE MENSILI SU C/C BANCARIO O POSTALE**

Il/La sottoscritto/a

cognome		nome	
data nascita	Comune (o stato estero) di nascita		Prov.
Codice Fiscale		Struttura di appartenenza <b>LNF</b>	
In posizione di:			
<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> titolare borsa studio	<input type="checkbox"/> Collab. coord. contin.	<input type="checkbox"/> titolare ass. ric.

chiede che le competenze mensili a lui/lei spettanti siano accreditate sul seguente c/c bancario o postale a lui/lei intestato o cointestato:

<b>Banca</b>						
<b>Città, Filiale, Agenzia, ecc.</b>						
<b>Cod. IBAN</b>	Paese	CIN EUR	CIN	ABI (Banca)	CAB (Sport.)	n. Conto
<b>intestato a: (*)</b>						

GD NOV 2008

(\*) L'intestatario o uno dei cointestatari deve essere il/la richiedente

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODULO DA UTILIZZARE SOLO AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE IN SERVIZIO**