

**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 LNF	
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:

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

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