

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO COMPETENZE

Il sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in (Via, Viale, Piazza) _____ CAP _____
Città _____ Prov. _____
Domiciliato in (se diverso dalla residenza) _____
CAP _____ Città _____
Tel. _____

In qualità di dipendente/collaboratore della Ditta _____

CHIEDE

Che l'importo delle proprie competenze venga corrisposto, fino a revoca, con accredito in conto corrente identificato dal seguente **CODICE IBAN (27 caratteri obbligatori)**:

Paese	Cin Iban	Cin	Codice ABI	Codice CAB	Numero di Conto Corrente (con gli zeri iniziali)

Intestato a (beneficiario): _____
Presso la Banca/Ufficio postale: _____
Agenzia/Filiale: _____

Distinti saluti.

Data _____ Firma _____