



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

 nuova richiesta modifica richiesta precedente

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Data di nascita

Comune o stato estero di nascita

Prov.

Codice fiscale

Struttura di appartenenza

INFN Sezione di Roma

In posizione di:

 dipendente titolare borsa di studio titolare borsa di studio 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...

CODICE IBAN

Paese

CIN EUR

CIN

ABI (Banca)

CAB (Sport.)

n. Conto

Intestato a:*

L'intestatario o uno dei cointestatari deve essere il/la richiedente

chiede che le competenze mensili a lui/lei spettanti siano liquidate in contanti revocando la precedente richiesta di accredito in c/c

Data

Firma

.....