MEF Dipartimento dell'Amministrazione Generale, del Personale e dei Servizi

NoiPA servizi PA a Persone PA

# RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art.14 - D.M. 31/10/2002)

All' ufficio Responsabile di _____

| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | SESSO (M o F) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| COMUNE (o stato estero) DI NASCITA | PROV (sigla) | CODICE FISCALE (obbligatorio) |
|---|---|---|
| | | |

| DOMICILIO - VIA e N. CIVICO | CAP | LOCALITA' | PROV (sigla) |
|---|---|---|---|
| | | | |

NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA

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

☐ C/C Postale / BANCARIO

☐ Libretto postale nominativo

## *COORDINATE IBAN*

*(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)*

IBAN

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

DATA _____

_____
Firma per esteso

## AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello postale sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora Poste Italiane Spa comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

---

Riservato all'Ufficio di Servizio

Ufficio di Servizio _____

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Timbro dell'Ufficio

Firma del dirigente _____

Data _____