



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Cognome

Nome

Nato/a a

Il

Il/La sottoscritto/a

Dipendente dell'Università degli Studi dell'Aquila, chiede che l'importo delle proprie competenze venga accreditato, fino a revoca, sul seguente conto corrente (codifica IBAN):

Intestato a

Presso la Banca /Ufficio Postale

Agenzia/Filiale

Distinti saluti

Data \_\_\_\_\_

firma \*

\_\_\_\_\_

I dati personali contenuti nel presente modulo saranno trattati esclusivamente per le conseguenti finalità di gestione.

*\*da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto o sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38 DPR 445/2000).*