



## RICHIESTA DI PAGAMENTO IN CONTANTI DELLO STIPENDIO PRESSO POSTE ITALIANE

(D.P.R. 367/1994 art.14 - D.M.4/4/1995 - 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)

ENTE / MINISTERO	UFFICIO

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

NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano pagate in contanti tramite bonifico domiciliato presso lo sportello di Poste Italiane identificato dalle seguenti coordinate:

ABI	CAB
07601	

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

DATA \_\_\_\_\_

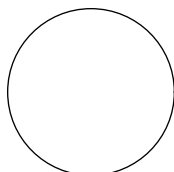
\_\_\_\_\_  
Firma per esteso

### AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decide 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, mediante il progetto Clessidra, la modifica delle coordinate che identificano lo sportello segnalato dal beneficiario. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato al beneficiario.

Riservato all'Ufficio di Servizio

Ufficio di Servizio \_\_\_\_\_



Timbro dell'Ufficio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Firma del dirigente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_