



## UNIVERSITA' 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):

Paese	Contr	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

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 ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art 38 DPR 445/2000).*