Al Rettore
Università degli Studi dell'Aquila
Palazzo Camponeschi
Piazza Santa Margherita, 2
67100 L'AQUILA

OGGETTO: accredito emolumenti

Con la presente il/la sottoscritto/a _____

Titolare di una borsa di Studio di Dottorato di Ricerca in:

_____

Ciclo _____

CHIEDE

che l'importo delle proprie competenze venga accreditato in via continuativa presso la seguente Agenzia Bancaria:

BANCA: _____

AGENZIA DI: _____

C/C N. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (necessariamente di 12 cifre)

INTESTATO A: _____ **Cointestato** _____

A.B.I. |_|_|_|_|_| (necessariamente di 5 cifre)

C.A.B. |_|_|_|_|_| (necessariamente di 5 cifre)

C.I.N. |_| (necessariamente di 1 lettera)

CODICE I.B.A.N.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(necessariamente di 27 caratteri)

L'Aquila, _____

FIRMA

_____