COMUNICAZIONE MODALITÀ DI PAGAMENTO COMPETENZE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

indirizzo _____

c h i e d e[1]

che le proprie competenze vengano corrisposte in accredito sul conto esistente presso:

- ❑ istituto di credito _____
  filiale di _____
- ❑ ufficio postale con sede a _____

codice IBAN

Sigla int.		N. contr.		CIN	ABI					CAB					N. conto corrente											

Il sottoscritto è consapevole che il datore di lavoro è esente da qualsiasi responsabilità rispetto a quanto dichiarato.

_____ _____

(luogo, data) *(il/la richiedente)*

[1] Il modulo compilato e firmato deve essere inviato alla SOC Gestione risorse umane.