

## 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 / METRICOLA				

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				
0	7	6	0	1					

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

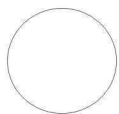
Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE

*Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida 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 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 \_\_\_\_\_

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.

Timbro dell'Ufficio

Firma del Dirigente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_