RICHIESTA DI MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE COMPETENZE

__l___sottoscritt__ _____ matricola_____

Nat_____ a _____il _____

Residente in _____ prov. _____ **tel.**_____

Via _____

In servizio presso il Servizio o Presidio_____

CHIEDE IL PAGAMENTO DELLE PROPRIE COMPETENZE:

☐ CON ACCREDITO IN CONTO CORRENTE.

La Banca_____

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Presso: sede /filiale/agenzia N° _____ di _____

Via _____

Il Banco Posta – provincia di _____

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ufficio postale di via _____

Intestato a _____

Con la presente si intende revocata la precedente comunicazione di accredito.

__l __ sottoscritt___ dichiara di esonerare l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari nonché la banca o ufficio postale interessato da ogni responsabilità al riguardo.

In fede

Cagliari _____ _____