

All'Università degli Studi Roma TRE
Area del Personale
Divisione
Via Gabriello Chiabrera, 199
FAX 06.5733.

Oggetto: Accredimento competenze, comunicazione proprio codice IBAN

Il/la sottoscritto/a

nato/a il _____ a _____ prov. _____

Codice Fiscale _____

con la qualifica di

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professore Ordinario | <input type="checkbox"/> Personale Tecnico Amministrativo Bibliotecario |
| <input type="checkbox"/> Professore Associato | <input type="checkbox"/> Collaboratore ed Esperto Linguistico |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore | <input type="checkbox"/> Dirigente |
| <input type="checkbox"/> Assistente r.e. | <input type="checkbox"/> Collaboratore, autonomo |
| <input type="checkbox"/> Docente a contratto | <input type="checkbox"/> Dottorando, assegnista, borsista |

CHIEDE

che le proprie competenze mensili vengano accreditate alle seguenti coordinate:

intestazione conto _____

codice IBAN _____

CIN ABI CAB C/C

istituto _____

agenzia _____

a partire dal giorno _____

(Nota: per esigenze procedurali e di Tesoreria la decorrenza deve coincidere con il primo giorno del mese)

Roma, _____

Firma _____

Spazio riservato all'Amministrazione	Modello: Com_IBAN	Versione: 22092010
Data registrazione CSA: Operatore:	Firma:	