



ACCREDITAMENTO COMPETENZE, COMUNICAZIONE PROPRIO CODICE IBAN

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ in _____ prov. _____

Codice fiscale _____

Con la qualifica di:

- | | |
|---|---|
| ☐ Professore Ordinario | ☐ Personale Dirigente, Tecnico |
| ☐ Professore Associato | ☐ amministrativo, Bibliotecario |
| ☐ Ricercatore | ☐ Collaboratore ed Esperto |
| ☐ Assistente R.E. | ☐ Linguistico |
| ☐ Docente a contratto | ☐ Collaboratore, autonomo |
| | ☐ 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 1/_____/_____
(mese) (anno)

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

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Roma Tre al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.LGS. 30/06/2003 n.196.

Roma,

Firma
