

# RICHIESTA ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………… nato/a il ………….……….……...

domiciliato a……………………………….….………Via/P.zza……………………………….……….…...

Codice fiscale ……………………………………………………………………………..…………………

telef. ………………………….....................…………..e-mail:………………………………………………

vincitore/rice di contratto di formazione specialistica area medica in :

……………………………..……………..……………………………

**C H I E D E**

che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul seguente c/c **intestato a proprio nome o cointestato**, e si impegna a tenere indenne l’Erario da ogni danno derivante dal disposto accreditamento:

BANCA ………………………………………………AGENZIA……………………………………..….….

Indirizzo………………………………………………………………….C.A.P. ………………………….…

Città …………………………………..

#####  COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE (codice IBAN):

##### It Cin ABI CAB numero conto

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data………………………………… Firma ……………………………………...