



RICHIESTA ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO

Il/la sottoscritto/a nato/a il
domiciliato a Via/P.zza.....
Codice fiscale telef.
vincitore/rice di contratto di formazione specialistica area medica in :
.....

CHIEDE

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

