INFN LNF
Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

MODULO DI RICHIESTA O REVOCA
DI ACCREDITO DELLE COMPETENZE MENSILI SU C/C BANCARIO O POSTALE

☐ **nuova richiesta** ☐ **modifica richiesta precedente**

Il/La sottoscritto/a

cognome	nome	
data nascita	Comune (o stato estero) di nascita	Prov.
Codice Fiscale	Struttura di appartenenza **LNF**	
In posizione di: ☐ dipendente ☐ titolare borsa studio ☐ Collab. coord. contin. ☐ titolare ass. ric.		

chiede che le competenze mensili a lui/lei spettanti siano accreditate sul seguente c/c bancario o postale a lui/lei intestato o cointestato:

Banca					
Città, Filiale, Agenzia, ecc.					
Cod. IBAN	Paese	CIN EUR	CIN	ABI (Banca)	CAB (Sport.)	n. Conto
intestato a: (*)					

(*) L'intestatario o uno dei cointestatari deve essere il/la richiedente

GD NOV 2008

Data _____ Firma _____