

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLA PENSIONE

(D.P.R. 367/1994 art.14 - D.M.4/4/1995 - D.M. 31/10/2002)

Alla RTS di _____

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			
<input type="text"/>			

Il sottoscritto **chiede** che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio**:

C/C Postale

Libretto postale nominativo

COORDINATE IBAN

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditalmento.

DATA _____

_____ Firma per esteso

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decide di cambiare lo sportello postale sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora Poste italiane Spa comunichi, mediante il progetto Clessidra, la modifica delle coordinate che identificano lo sportello segnalato dal beneficiario. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato al beneficiario.