

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO IN CONTANTI DELLA PENSIONE PRESSO POSTE ITALIANE

(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"/>

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano pagate in contanti tramite bonifico domiciliato presso lo sportello di Poste Italiane identificato dalle seguenti coordinate:

ABI	CAB
07601	

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

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.