UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

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 **<u>intestato a proprio nome o cointestato</u>**, 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 ……...