

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. di Zelo B.P.  
Via F.lli Cervi, 1 26839 Zelo B.P.

OGGETTO: RICHIESTA ACCREDITAMENTO COMPETENZE

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

residente a

prov.

cap

via / piazza / frazione

n.

tel.

cell.

e-mail

in servizio in qualità di

**CHIEDE**

Che l'importo delle proprie competenze venga accreditato sul conto corrente Bancario/Postale:

BANCA

AGENZIA DI

Indirizzo

cap

**FORMATO IBAN (coordinate bancarie internazionali)**

1	2	3	4	1	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
I	T																										

NOTE: Codice internazionale 4 caratteri, CIN 1 carattere, ABI 5 caratteri, CAB 5 caratteri, Conto corrente 12 caratteri (tutti preceduti da zeri a sinistra se necessario).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_