

Ragioneria
Tel. 0823.274113
Fax. 0823.352709

Al Magnifico Rettore della
Seconda Università degli Studi di Napoli
c/o Ufficio Ragioneria Centrale

c.a. sig.ra Mariarosaria Labalme

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____, medico
specializzando presso la Scuola di Specializzazione in _____
_____, recapito telefonico _____

CHIEDE

Che, a decorrere dal mese di _____ l'importo mensile a lui/lei spettante
venga accreditato sul c/c n. _____ presso _____
_____ Agenzia _____ di _____ indirizzo _____,
IBAN _____

Luogo e data

Firma

- A. Per i casi in cui la sottoscrizione non è apposta in presenza del dipendente, allegare una fotocopia di del documento di riconoscimento del richiedente
- B. Per i casi in cui la sottoscrizione è apposta in presenza del dipendente:

Attesto che il dichiarante _____, identificato con _____,
rilasciato a/da _____ ha sottoscritto in mia presenza la suddetta dichiarazione

Firma del dipendente