

## MODULO COORDINATE BANCARIE

Il/La sottoscritta (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Che il pagamento delle competenze dovutegli a qualsiasi titolo, da codesto Istituto, gli venga corrisposto, fino a contrario avviso, con la seguente modalità:

\_\_\_\_\_ accreditalmento in c/c **bancario** presso la BANCA \_\_\_\_\_

### COORDINATE BANCARIE codice IBAN

Paese	Check	CIN	ABI	CAB
2 caratteri	2 cifre	1 lettera	5 cifre	5 cifre
C/C		12 cifre		

\_\_\_\_\_ accreditalmento in c/c **postale** presso Ufficio Postale \_\_\_\_\_

### COORDINATE POSTALI codice IBAN

Paese	Check	CIN	ABI	CAB
2 caratteri	2 cifre	1 lettera	5 cifre	5 cifre
C/C		12 lettere		

Nel contempo, dichiara di riconoscere tale forma di pagamento come pienamente liberatoria nei confronti di codesto Ente e di rinunciare a sollevare qualsiasi eccezione e/o riserva che potesse competergli in dipendenza di quanto sopra.

Chiavari, \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

L'informativa dei dati personali è reperibile sul sito della scuola al seguente indirizzo:  
[https://www.marconidelpino.gov.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=598&Itemid=179](https://www.marconidelpino.gov.it/index.php?option=com_content&view=article&id=598&Itemid=179)