

Al Magnifico Rettore  
della Università degli Studi della Campania  
"Luigi Vanvitelli"

c/o Ufficio Ragioneria Centrale

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

medico specializzando presso la Scuola di Specializzazione in  
\_\_\_\_\_

recapito telefonico fisso \_\_\_\_\_ e mobile \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Data

Firma

- a) Per i casi in cui la sottoscrizione non è apposta in presenza del dichiarante allegare una copia del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante;
- 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.

Data

Firma del dipendente