

Alla Rettrice - Dirigente Scolasticadell'I.C.
Cavour-Mazzini
annesso al Convitto Audiofonolesi
Marsala

Oggetto: RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il _____,
residente a _____ (____) in Via _____
N° civico _____ C.A.P. _____, in servizio presso _____, in qualità di _____,
n. partita spesa fissa _____

chiede

che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio**: C/C

- ☐ Bancario o Postale
☐ Libretto postale nominativo

Alle seguenti **COORDINATE IBAN** (il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)

Paese		Cin Eur		cin	ABI					CAB					Numero conto corrente												

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accredito Informativa sulla privacy e protezione dei dati nel trattamento di informazioni personali

Data

Firma

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy e protezione dei dati nel trattamento di informazioni personali pubblicate nella sezione dedicata del sito WEB dell'Istituto, al link <https://www.cavourmazziniconvitto.edu.it/privacy-policy/> e di essere a conoscenza che i dati personali forniti per le finalità connesse all'oggetto del presente documento saranno trattati dal Titolare in conformità alle disposizioni del Codice privacy (D.Lgs. 196/2003 novellato dal D.Lgs. 101/2018) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Data

Firma