

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI
MOTTA DI LIVENZA

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ tel _____

posta elettronica _____@_____

[illegible]

chiede che le proprie competenze vengano accreditate secondo le seguenti modalità:

☐ **Accredito in C.C.B.** presso

filiale di

CODICE IBAN[illegible]☐ **Accredito in C.C.P.** presso l'Ufficio Postale di _____**CODICE IBAN**[illegible]

Il/La sottoscritto/a s’impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione ai dati suindicati.

Data

(firma)