

**All'Azienda Usl di Imola  
IMOLA (BO)**

**C/C BANCARIO: RICHIESTA ACCREDITO EMOLUMENTI / REVOCA ACCREDITO EMOLUMENTI**

lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ dipendente di questa Azienda U.S.L. di Imola  
(matr. n. \_\_\_\_\_)

**CHIEDO**

a decorrere dal mese di \_\_\_\_\_,

l'accredito, in via continuativa, degli emolumenti derivanti da stipendio sul seguente c/c:

COORDINATE INTERNAZIONALI codice IBAN					
Cod.Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	Numero Conto
_ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
COORDINATE NAZIONALI codice BBAN					

**a me intestato** presso l'Istituto di Credito: \_\_\_\_\_

la revoca del versamento degli emolumenti sul c/c bancario.

Quanto sopra è dichiarato sotto la mia personale responsabilità ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Azienda USL verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Io sottoscritto consento espressamente all'Azienda USL di Imola il trattamento dei dati personali di cui alla Legge 31 dicembre 1996 n. 675, contenuti nel presente documento, per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

Imola, \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

Visto, si attesta che il dichiarante \_\_\_\_\_, previamente identificato con documento n. \_\_\_\_\_, ha reso e sottoscritto in mia presenza la sujestesa dichiarazione.

(timbro d'ufficio)

Il dichiarante presenta copia fotostatica del documento di identità \_\_\_\_\_