



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

MODULO PER ACCREDITO STIPENDI

Il/La sottoscritto/a	_____		
Codice Fiscale	_____		
Nato/a a	_____	Prov.	_____ il _____
Residente a	_____	Prov.	_____ CAP _____
Via	_____	n.	_____
In servizio presso	_____	Matricola n.	_____
Telefono	_____	FAX	_____ e-mail _____

CHIEDE

che lo stipendio e gli altri emolumenti gli vengano accreditati con la seguente modalità:

<input type="checkbox"/> Versamento conto corrente
Codice IBAN _____
Banca / Posta _____ Agenzia n. _____
Indirizzo _____ Città _____
<input type="checkbox"/> Riscossione diretta allo sportello di una qualunque filiale del Banco di Sardegna fino ad un massimo di Euro 1.000,00
<input type="checkbox"/> Assegno circolare all'indirizzo di residenza recapitato per posta ordinaria
<small>Scelta non valida per stipendio, Co.Co.Co., Borse e Assegni di Ricerca. Spese a carico del collaboratore.</small>

N.B.: la presente dichiarazione deve essere obbligatoriamente compilata in tutte le sue parti e sarà ritenute valide fino a nuova comunicazione.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS n. 196/2003

Ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/03 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l'Università degli Studi di Cagliari informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

FIRMA DELL'INTERESSATO

Data: _____