



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:

Versamento conto corrente

Codice IBAN _____

Banca / Posta _____ Agenzia n. _____

Indirizzo _____ Città _____

Riscossione diretta allo sportello di una qualunque filiale del Banco di Sardegna fino ad un massimo di Euro 1.000,00

Assegno circolare all'indirizzo di residenza recapitato per posta ordinaria

Scelta non valida per stipendio, Co.Co.Co., Borse e Assegni di Ricerca. Spese a carico del collaboratore.

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: _____