AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA'
DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"
UFFICIO STIPENDI

Il/La sottoscritt__

COGNOME..... NOME……

CODICE FISCALE

Nat__ a ……..…… (prov. …..) il ……..……

Nazione di nascita…….. Cittadinanza……..

Residente a ……(prov….) Via . …….

…… Cap……..… Recapiti telefonici ……..……

Domiciliat__ in……..…… (prov…..) Via ……..……Cap……

DICHIARA :

- di essere iscritto ad altra cassa previdenziale si …… no
  (se sì, specificare quale)
- di essersi immatricolato nell'a.a. …….
- di essere iscritto al ……. anno della Scuola di specializzazione in ……. della Fac.di Medicina della durata legale di …….anni

CHIEDE

- che le/gli venga corrisposto il corrispettivo per contratto di formazione specialistica mediante:

  - **RISCOSSIONE** allo sportello della BANCA di ROMA
  - **ACCREDITO** sul seguente conto corrente:

C/C …….……..... ABI …… CAB ……..…… CIN……..

IBAN

Intestato a …….

Banca …….....…… Indirizzo …….....

Cap. ……. Città ……

Roma, ……

IL DICHIARANTE
(firma per esteso e leggibile)
……

N.B. **<u>Il conto corrente non può essere intestato a persona diversa dal richiedente del contratto</u>**

<u>Allegati da produrre obbligatoriamente:</u>

1) **<u>copia codice fiscale</u>**
2) **<u>copia documento di riconoscimento</u>**