

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale

(Legge 64 / 2001 e successive modifiche)

MODULO IBAN PER ACCREDITAMENTO SPETTANZE

DA COMPILARE A CURA DEL VOLONTARIO

Cognome	Nome	Data di Nascita			Sesso
		gg	mm	aaaa	(M o F)
Comune (o Stato Estero) di nascita		Prov	Codice Fiscale		
Domicilio - Via e numero civico		C.A.P.	Località		Prov
Indirizzo di Posta Elettronica		N° Telefono	N° Cellulare		

Io sottoscritto, volontario del servizio civile nazionale, chiedo che le spettanze mensili mi vengano accreditate sul conto corrente il cui codice IBAN è il seguente :

Paese	Cin Eur	Cin	ABI (Banca)	CAB (Sportello)	Numero di Conto Corrente

Io sottoscritto autorizzo irrevocabilmente, per me e per gli aventi diritto, la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale, per una durata non superiore a 15 mesi dalla data di presa servizio, ad impartire disposizioni di addebito di iniziativa, sul c/c sopra indicato, intestato a me medesimo, acceso presso _____, per gli importi che dovessero risultare erroneamente accreditati a titolo di competenze mensili per il servizio civile.

Io sottoscritto autorizzo, inoltre, irrevocabilmente, la suddetta Banca, ad eseguire dette disposizioni, in presenza dei relativi fondi, a semplice richiesta della citata Amministrazione, manlevando la Banca stessa da ogni verifica e/o controllo, ivi comprese le verifiche in ordine alla circostanza che la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. della Gioventù e del SCN abbia dato la disposizione di addebito nel predetto termine.

_____ (luogo e data)

_____ (firma leggibile)

RISERVATO ALL'ENTE D'IMPIEGO

Denominazione Ente ASSOCIAZIONE I.P.S.C.	Codice Ente N Z 0 3 0 7 6	Codice Volontario V 2 0
--	-------------------------------------	-----------------------------------

Si trasmette il presente Modulo IBAN, prodotto dal volontario suddetto, per l'accREDITAMENTO delle spettanze.

Data Inizio Servizio					
GG	MM	AAAA			
1	5	0	1	2	0 1 9

Data Fine Servizio					
GG	MM	AAAA			
1	4	0	1	2	0 2 0



TORRE DEL GRECO 15.01.2019
(luogo e data)

_____ (firma del Responsabile)

N.B. Il presente modulo dovrà essere compilato in duplice copia; una sarà trattenuta dall'Istituto di Credito, l'altra dall'Ente, che provvederà ad inoltrarla poi (in formato digitale) al Dipartimento