

*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 SCN, 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 la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., per gli importi che dovessero risultare erroneamente accreditati a titolo di competenze mensili per il servizio civile.

Io sottoscritto autorizzo, inoltre, irrevocabilmente, la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., 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 - D. G. e S.C.N. abbia dato la disposizione di addebito nel predetto termine.

\_\_\_\_\_ ( luogo e data )

\_\_\_\_\_ ( firma leggibile )

**RISERVATO ALL'ENTE D'IMPIEGO**

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

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 )

*Manuela Rey*  
\_\_\_\_\_ ( 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**