



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

RICHIESTA ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO

Il/la sottoscritto/a nato/a il
 domiciliato a.....Via/P.zza.....
 Codice fiscale
 telef.e-mail:.....
 vincitore/riche di contratto di formazione specialistica area medica in :

CHIEDE

che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul seguente c/c **intestato a proprio nome o cointestato**, e si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno derivante dal disposto accreditamento:

BANCAAGENZIA.....
 Indirizzo.....C.A.P.
 Città

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE (codice IBAN):

It	Cin	ABI	CAB	numero conto

Data.....

Firma