

Immatricolazioni alle Scuole di Specializzazione

di Area Medica A.A. 2020/2021



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/ricce 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:

BANCA AGENZIA.....

Indirizzo..... C.A.P.

Città

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE (codice IBAN):

It	Cin	ABI	CAB	numero conto

Data.....

Firma