



**AREA GESTIONE RISORSE UMANE
SETTORE TRATTAMENTO ECONOMICO**

Oggetto: Comunicazione/Variazione CODICE IBAN

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / _____ dipendente di codesta ASL BA con qualifica

di _____ Matricola _____

in servizio presso _____

C H I E D E

che a decorrere dal mese di _____ tutte le proprie competenze vengano

accreditate sulla Banca/Posta di seguito specificata:

BANCA: _____

AGENZIA: _____

CITTA': _____

Cod.Naz	Check	Cin	ABI	CAB	CONTO CORRENTE
2 lettere	2 numeri	1 lettera	5 numeri	5 numeri	12 numeri
IBAN: _____					
(27 CARATTERI ALFANUMERICI)					

Data ____ / ____ / ____

Firma

Recapito telefonico (indispensabile) ____ / ____