

Tecnico Superiore per la Logistica e l'Intermodalità – TSLI – P.F. 2018/2020
CUP: E54J18000270005 - CLP: 11020131061IT180006

Richiesta di pagamento compenso prestazione collaboratore

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ CAP _____ Via _____

E-Mail _____ Tel _____ Codice fiscale _____

richiede la liquidazione del compenso secondo l'importo concordato:

Oggetto della prestazione: _____

effettuata dal _____ al _____ contratto Prot. n. _____ del _____

Importo **LORDO**: € _____

Modalità di pagamento:

Accredito in c/c bancario o postale

Banca _____

Agenzia/Filiale _____

COD. NAZIONE 2 lettere	Check CIN 2 cifre	CIN 1 lettera	ABI 5 cifre	CAB 5 cifre	Nr. Conto Corrente 12 caratteri alfanumerici senza barre, spazi, punti e con eventuali zeri riempitivi a sinistra

(Le eventuali spese e/o commissioni sono a carico del beneficiario)

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cagliari, _____

Firma del richiedente
