



## RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLA PENSIONE

( D.P.R. 367/1994 art. 14 - D.M. 4/4/1995 - D.M. 31/10/2002 )

Alla DPSV di \_\_\_\_\_

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO ( M o F )
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV. (Sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV. (Sigla)
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio**

- C/C Postale
- Libretto postale nominativo

### COORDINATE IBAN

*(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)*

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accredito.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE

*Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello postale sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora Poste Italiane SpA comunichi, mediante il progetto Clessidra, la modifica delle coordinate che identificano lo sportello segnalato dal beneficiario. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato al beneficiario.*