

### Modello di trasmissione estremi bancari

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che Il compenso relativo all'attività di  
docenza svolta per il corso di formazione tenutosi dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
dal titolo: " \_\_\_\_\_ ",

deve essere liquidato nella seguente maniera:

Sul conto corrente personale

Istituto \_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_\_

Coordinate Bancarie codice IBAN \_\_\_\_\_

Ritenuta di acconto IRPEF eventualmente da applicare % \_\_\_\_\_

Sul c/c n. \_\_\_\_\_ dell'Azienda Sanitaria di appartenenza

Intestato a \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_\_

Coordinate Bancarie codice IBAN \_\_\_\_\_

Caserta li, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_ ai sensi del D.Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente/non acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Da compilarsi a cura dell' Ufficio Formazione

Delibera di autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_