



## Modello di trasmissione estremi bancari

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_

Telefono/Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Ricevuta 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a, 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 \_\_\_\_\_

U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance  
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta - Via Palasciano 81100 - Caserta  
Settore **FORMAZIONE**: 0823.232075 - 0823.232902 – **0823.232612**  
e-mail: [formazione@ospedale.caserta.it](mailto:formazione@ospedale.caserta.it) - Pec: [organizzazione e sviluppo@ospedalecasertapec.it](mailto:organizzazione e sviluppo@ospedalecasertapec.it)