**IN DUPLICE COPIA** **ALLEGATO 1**

**DICHIARAZIONE DELLA MODALITA' DI ACCREDITO AI FINI DEL TRATTAMENTO DI FINE SERVIZIO ( Indennità di Buonuscita)**

__l__sottoscritto/a_____

nato/a_____(____) il_____

in servizio presso Ist.Scol. _____C.A.P._____

con la qualifica di _____,

- codice fiscale:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARA

di voler riscuotere il trattamento di fine servizio::

☐ tramite **accreditamento in conto corrente**

CODICE IBAN BANCARIO O POSTALE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **IT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sede Agenzia Banca o Ufficio Postale _____

_____

_____, _____ _____

*(firma)*

**Recapito per eventuali comunicazioni :**

Indirizzo Via/Piazza ……..

Città ……C.A.P..…….....

Telefono fisso…….e/o cellulare ……