

Al Dipartimento Politiche del Lavoro e della formazione
SAINT-CHRISTOPHE (AO)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

CF _____

residente in _____

In qualità di

- legale rappresentante o titolare dell'impresa/società/ente

- libero professionista

- persona fisica beneficiaria dell'erogazione

C H I E D E

che l'erogazione sia accreditata sul c/c bancario/postale **intestato o cointestato a**

N.B. L'intestatario del c/c deve coincidere con il soggetto/impresa assegnatario del beneficio.

della Banca/Posta _____

_____ Agenzia _____

Codice IBAN (IT, 2 caratteri numeri di controllo internazionale, C.I.N., A.B.I., C.A.B., N. DI C/C DI 12 CARATTERI)

In fede _____

data _____