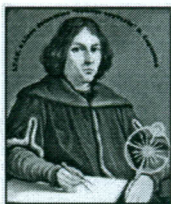


ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE LICEO SCIENTIFICO "SCIENZE APPLICATE"



CERTIFIED ISO 9001
ISO 9001:2008
CERTIFICATO N. 9175/ITNC

"Niccolò Copernico"

Via Roma, 250 - 98051 BARCELLONA P.G. (ME)

Cod. Fisc. 83001030838 - Cod. Mecc. METF03000G

Posta elettronica certificata segreteria@pec.itisbarcellona.it



Tel 090/9797333 - Fax 090/9798072 - www.itisbarcellona.it - itisbarc@itisbarcellona.it

CIRCOLARE DOC. 138

CIRCOLARE ATA 108

**Al Personale docente ed ATA interessato
SEDE**

Oggetto: Limitazione per l'uso di contanti.

Si informa tutto il personale Docente e ATA che dal 07/03/2012 entra in vigore il Decreto "Salva Italia" che vieta alle P.A. l'utilizzo del contante per il pagamento degli stipendi e compensi per importo superiore a € 1.000,00.

Si invita, pertanto, a chi non l'avesse ancora fatto, a trasmettere al Ministero dell'Economia e delle Finanze - Ragioneria Territoriale dello Stato di Messina, **entro il 10 Febbraio 2012**, l'apposito modello con l'indicazione del codice IBAN.

Si allega nota del MEF.

Barcellona P.G., li 02/02/2012



Il Dirigente Scolastico
Prof.^{ssa} Laura CALABRO



RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

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

All' ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio** conto corrente bancario:

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 conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN _____

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

DATA _____

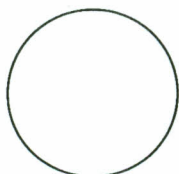
Firma per esteso

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario 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 la Banca comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Ufficio di Servizio _____

Riservato all'Ufficio di Servizio



Timbro dell'Ufficio

Si trasmette la richiesta di accreditalmento delle competenze del sopraindicato amministrato

Firma del dirigente _____

Data _____



RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

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

All' ufficio Responsabile 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 conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN _____

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

DATA _____

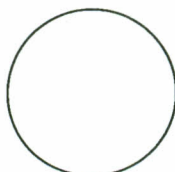
 Firma per esteso

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 la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Ufficio di Servizio _____

Si trasmette la richiesta di accredito delle competenze del sopraindicato amministrato



Timbro dell'Ufficio

Firma del dirigente _____

Data _____

Riservato all'Ufficio di Servizio