Al Direttore della U.O.C. Risorse Umane
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro
SEDE

La/Il sottoscritta/o_____;

nata/o il_____/____/____; a _____;

matricola aziendale n°_____; con incarico di _____

_____; presso codesta ASL (servizio /P.O. /distretto) _____

numero telefonico _____; chiede alla S.V. di voler disporre l'accredito in via continuativa della retribuzione mensile spettante, nonché di ogni altro emolumento corrisposto, a partire da _____/____/____ presso il seguente Istituto Bancario:_____

filiale/agenzia_____; sito in_____;

città_____; CAP_____; **sul c/c intestato alla/al sottoscritta/o**

n°_____; **CIN_____; codice ABI_____;**

codice CAB_____;

Codice IBAN:

CIN					**ABI**					**CAB**					**numero conto corrente**											

A tal fine la/il sottoscritta/o **dichiara sotto la propria responsabilità che: il conto corrente è intestato ad essa/o**, di avere prestato la massima cura nella fornitura dei dati suindicati e si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse intervenire a modifica della presente richiesta sollevando fin d'ora la A.S.L. da ogni eventuale responsabilità derivante dalla errata, incompleta o ritardata comunicazione della/e variazione/i intervenuta/e.

Napoli, lì _____ FIRMA (per esteso) _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 DEL D. Lgs. N. 196/2003 RECANTE IL "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" E REGOLAMENTO UE 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016): Si informa che tutti i dati che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, contenuti nel presente modulo, saranno trattati in osservanza e nei limiti stabiliti dalle norme esclusivamente al fine di svolgere le funzioni istituzionali previste.

N.B.: L'accettazione della presente richiesta è subordinata alla osservazione delle seguenti condizioni:

1) **Fornitura di tutte le notizie richieste;**
2) **Il modulo deve essere compilato a macchina od in stampatello, in particolar modo si richiede che i dati relativi alle coordinate bancarie siano perfettamente chiari e leggibili;**
3) **Il numero di conto bancario deve essere espresso in formato numerico od alfanumerico e costituito da non più di 12 caratteri. L'IBAN deve essere composta da 27 caratteri;**
4) **Il conto corrente bancario deve essere già attivo ed intestato al richiedente;**
5) **L'accredito partirà dal mese richiesto dal dipendente solo se la domanda è presentata in tempo utile per l'esecuzione da parte degli uffici preposti agli adempimenti di competenza; in caso contrario decorrerà dal mese successivo;**
6) **La presente richiesta, correlata di copia di un documento di riconoscimento valido, dovrà essere inoltrata alla U.O.S. Trattamento Economico a mezzo Mail: trattamento.economico@aslnapoli1centro.it oppure Pec: trattamento.economico@pec.asln1centro.it**