Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo "Citta’ di Chiari”

I sottoscritt

nat\_ a (prov. \_) il

residente in (prov.), via ,n.
telefono

CI cessat\_ dal servizio a decorrere dal

111 che cesserà dal servizio a decorrere dal

ai **fini della liquidazione del Trattamento di Fine Rapporto**

per il periodo dal al

dal al

dal

al

**chiede**

E L'accredito su conto corrente bancario/postale:

**Chiede inoltre che ogni comunicazione, anche ai fini della riscossione, sia inviata:** al seguente indirizzo:

Cin Eur

ABI

CIN

CAB

N. Conto Corrente

Paese

Città , (prov. \_\_\_\_) C.A.P.
via

, n.

N.B. I dati forniti saranno comunicati all'INPS gestione ex INPDAP ai fini del procedimento in corso.

|  |  |
| --- | --- |
| (luogo e data) | ( firma) |