

**Oggetto: Modalità di pagamento.**

<b>Il sottoscritto</b>	Cognome e nome		
<b>Luogo di nascita</b>		<b>Data di nascita</b>	
<b>Indirizzo</b>			N°
<b>Cap</b>	<b>Città</b>	Provincia	
<b>Codice fiscale</b>			

chiede che il pagamento di tutte le somme di sua spettanza vengano effettuate con le modalità sotto indicate:

**Contanti, presso il Tesoriere BANCO DI SICILIA DI FLORIDIA.  
con quietanza di**

<b>* Accredito sul c/c bancario a me intestato, presso:</b>			
Banca		Filiale/Agenzia	
Numero conto	CIN	ABI	CAB

<input type="checkbox"/> <b>* Accredito sul c/c postale a me intestato, presso:</b>		
Ufficio postale di	Provincia (SR)	Numero conto

<input type="checkbox"/> <b>* Invio di assegno circolare non trasferibile, con raccomandata A.R.</b>
--

**\* MODALITÀ DI PAGAMENTO CON SPESE A CARICO DEL BENEFICIARIO.**

- La presente disposizione è valida sino al ricevimento di revoca scritta.
- L'Amministrazione Comunale è comunque liberata dall'obbligazione in caso di pagamento effettuato al beneficiario con modalità diverse da quelle impartite con la presente disposizione.
- Autorizzo il trattamento dei dati per le finalità per le quali sono richiesti.

.....  
LUOGO E DATA

.....  
FIRMA

**RISERVATO ALL'UFFICIO COMUNALE**

PERVENUTO IN DATA \_\_\_\_\_

Codice Creditore \_\_\_\_\_

l'Operatore \_\_\_\_\_