



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE

Io Sottoscritto/a _____ matr. _____

nato/a a _____ (____) il _____

Telefono _____ mail _____

Dipendente di:

- AUSL Modena;
- POLICLINICO di Modena;

Richiedo l'accreditamento dello stipendio presso:

Codice IBAN _____

Banca _____ Filiale _____

Indirizzo _____

Comune _____ (____) CAP _____

Modena, lì

Il dipendente

Al fine di permettere un tempestivo recepimento delle indicazioni presenti su questo modello, si prega di farlo pervenire all'Ufficio Stipendi entro e non oltre il 10 del mese in cui si vuol dare corso alla variazione di coordinate bancarie.

Le modalità di trasmissione possono essere, in alternativa:

- mail a stipendipoliclinico@ausl.mo.it dalla propria mail aziendale;
- mail a stipendipoliclinico@ausl.mo.it da un indirizzo di posta elettronica privata, allegando copia documento di identità.

- posta interna indirizzata all'Ufficio Stipendi – San Giovanni del Cantone, allegando copia doc. identità;
- consegna allo sportello dell'Ufficio Stipendi – Piano terra sede AUSL Via San Giovanni del Cantone, 23 negli orari di apertura:
Lunedì 10:00-13:00 15:00-17:00
Martedì 10:00-13:00
Giovedì 10:00-13:00