

Spett.le  
Istituto Diocesano Sostentamento Clero  
Via Dietro Duomo 16  
35139 PADOVA PD  
FAX 049 664530

OGGETTO: **COORDINATE BANCARIE**

Il sottoscritto sacerdote:

\_\_\_\_\_ (cognome e nome)

chiede a codesto Istituto che le integrazioni spettantegli ai sensi degli artt. 24 e 34 della legge 222/1985 vengano accreditate utilizzando i dati bancari di seguito indicati:

Denominazione Banca: \_\_\_\_\_

Paese    Check    Cin    Abi    Cab    C/c

\_IT\_    \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Parte riservata all'Ufficio sacerdoti

Data registrazione: \_\_\_\_\_

Data trasmissione a I.C.S.C.: \_\_\_\_\_