

DATI ANAGRAFICI COLLABORATORE

CODICE FISCALE

COGNOME E NOME

GENERE M F

LUOGO E DATA DI NASCITA

RESIDENTE in..... c.a.p.....

Via/Piazza..... N. Pr Prov.

Telefono

DOMICILIO FISCALE (solo se differente dalla residenza)

N.B. le variazioni del domicilio fiscale devono essere comunicate tempestivamente

DATI INQUADRAMENTO GIURIDICO COLLABORATORE

LAVORATORE DIPENDENTE

AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

Amministrazione Pubblica UNIVERSITA' DEGLI STUDI ROMA TRE

Sede legale (Via/Piazza)VIA OSTIENSE 159

Cap Località ROMA

Prov.RM

Partita IVA - Cof. Fiscale 04400441004

DATI DELL'INCARICO

IMPORTO PREVISTO €

TIPO INCARICO

BREVE DESCRIZIONE

DATA CONFERIMENTO

DATA INIZIO

DATA FINE

MODALITA' DI PAGAMENTO

Accredito Bancario

presso il seguente Istituto Bancario:

_____ indirizzo

Nr. _____

Località/Città _____

Prov. _____

Codice ABI: _____

Codice CAB: _____

c/c bancario nr. _____

IBAN. _____

Firma del conferente l'incarico

Firma del collaboratore