Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Dipartimento per l'Istruzione

Fac-simile del mandato di pagamento quote contributive di previdenza complementare

Stemma

ISTITUTO (tipo istituto) (denominazione istituto) (indirizzo istituto)

(cap. - città provincia)

C.F. (cod. fisc.) C.M.(codice MPI)

MANDATO DI PAGAMENTO DI CONTRIBUTI PER LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE				
Eser	Prov	Impegno	Progetto	Ritenuta
			A02	Contributi di previdenza complementare a carico del personale dipendente a tempo determinato

Il cassiere dell'istituto: (denominazione istituto cassiere)
pagherà al **FP ESPERO**
CF 97323230587
Via Carcani, 61
00153 – Roma
con valuta fissa per il beneficiario dal |**1**|**5**| | | | | |
(giorno) (mese) (anno)
mediante versamento sul CC bancario 000010025111,
presso il Monte dei Paschi di Siena Filiale di Milano,
CIN I, ABI 01030, CAB 01696
La somma di EURO (in cifre) _____
(in lettere)_____,
Causale del versamento **KE-**|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|-| | | | | | |**-KE**
(codice fiscale della scuola) (mese) (anno)

Il direttore dei servizi generali e amministrativi Il dirigente scolastico

_____ _____

QUIETANZA DEL CREDITORE

L'addetto al riscontro

Data_____ Firma_____