



Al Comune di _____
 Ufficio di Servizio Sociale

Richiesta modalità di pagamento "Bonus caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi"

Il/La sottoscritta/o _____ nata/a a _____ (____)
 e residente in _____ via _____ n. _____ tel _____
 Cod Fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:
 caregiver del disabile grave _____
 caregiver del disabile gravissimo _____

CHIEDE

che il pagamento delle somme spettanti il "Bonus caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi" sia effettuato nella seguente modalità:

accredito su c/c bancario o postale (no libretto/conto di risparmio)
 carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni)

intestato a _____
 (il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- **SI IMPEGNA** a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.
- **DICHIARA** di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Addì _____

IL DICHIARANTE