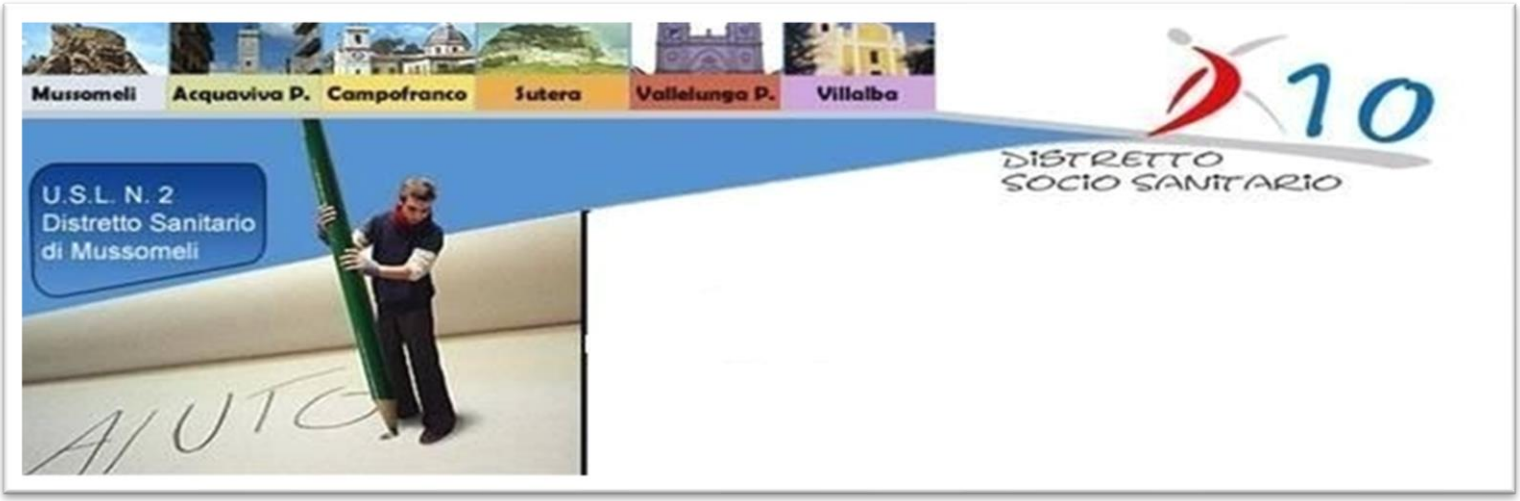

Comune di: _____
Ufficio Servizio Sociale

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 sottoscritto/a_____,

nat_ a_____Prov._____il_____

e residente in_____via_____n._____

Rec. Tel._____e-mail_____

Codice 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.

_____, _____ il dichiarante

_____