

DICHIARAZIONE IBAN

Al Comune di _____

Il/La sottoscritt _____

nat _____ a _____

residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

tel. _____ e mail _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47,75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

In qualità di CAREGIVER

del Sig./Sig.r _____ nato/a il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____ affetto/a da
disabilità:

GRAVE alla Legge 104/92 art. 3 c. 3 o invalido al 100% con riconoscimento dell'indenntità di accompagnamento

GRAVISSIMA valutata ai sensi dell'art.3 del D.M. del 26/09/2016;

DICHIARA

che il codice IBAN (*) sul quale versare il contributo richiesto ed eventualmente approvato dal Comune di _____ è il seguente:

PAESE		CECK		CIN	ABI				ABI				N. CONTO											

Luogo e data _____

IL CAREGIVER

(*) Non è possibile accreditare il contributo su libretto postale