D10 DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Allegato A

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 30/03/2003che 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

_____