

Al Distretto Socio Sanitario 27
Presso il Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali

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 _____ nato/ a
a _____ Prov. _____ e residente in _____ via
_____ n. _____ Rec. Tel. _____
e-mail _____ pec _____

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 al regolamento GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti con la presente richiesta saranno trattati, per l'espletamento della procedura di cui trattasi.

Allega copia cartacea del codice IBAN

Addi _____

IL DICHIARANTE
