

Autocertificazione caregiver e coordinate IBAN

ai sensi del D.P.R. 445/00

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

Il sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

C.F. _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

telefono _____ (obbligatorio) cell. _____

in qualità di interessato

rappresentante legale degli interessi

richiedente la rappresentanza legale degli interessi

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

In condizione di disabilità gravissima, per conto del/della quale percepirà il contributo regionale erogato dal Comune di Olevano Romano in qualità di capofila del Distretto RM5.4,

DICHIARA

1. che il **caregiver** designato e'

il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

2. che l'accredito dell'assegno di cura e sostegno per persone affette da disabilità gravissima, avvenga sul c/c bancario:

Intestatario conto:																	
Codice fiscale:																	
Istituto bancario																	
Indirizzo										Città							
Agenzia n°																	
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)																	

E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito bancario e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.

Allego copia del documento di identità e codice fiscale del/i intestatario/i.

Il Dichiarante

Data _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s. m. e i.: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.