

AL COMUNE DI VILLASALTO

Servizio Sociale

SEDE CORSO REPPUBLICA-61 – 09040 – SU

MODULO DI COMUNICAZIONE DELLE MODALITA' DI PAGAMENTO

Associato alla Pratica Prot. _____ del ____/____/____ Tipologia contributo _____	(dati a cura dell'ufficio)
--	----------------------------

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ Pr. (____) il ____/____/____.

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Tel./cell. _____, indirizzo mail _____

in qualità di:

☐ BENEFICIARIO ☐ TUTORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

(se Tutore o Amministratore di Sostegno, allegare Decreto del Tribunale)

del seguente BENEFICIARIO (da compilare nel caso di dichiarante diverso dal Beneficiario)

Nome e Cognome del Beneficiario:

nato/a a _____ Pr. (____) il ____/____/____;

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Tel./cell. _____, indirizzo mail _____

indicare alternativamente: ☐ DELEGA

☐ ACCREDITO

DELEGA

Alla riscossione relativamente alla pratica indicata

Il/La Sig./ra _____

nato/a a _____ Pr. (____) il ____/____/____;

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Tel./cell. _____, indirizzo mail _____

CHIEDE L'ACCREDITO

(Obbligatorio per pagamenti pari o superiori a € 1.000,00)

- sul c/c bancario o postale del beneficiario

Intestato a _____

Si impegna infine a comunicare tempestivamente e comunque non oltre sette giorni dall'evento, qualsiasi variazione intervenuta sui dati sopra indicati, esonerando l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in merito.

Data

Firma

N.B. allegare:

- ***Documento di identità in corso di validità;***
- ***Fotocopia estremi coordinate bancarie rilasciate dall'Istituto Bancario o Postale.***