

RICHIESTA MODALITA' DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO ECONOMICO
Disabilità Gravissima

Nome Cognome				
Indirizzo		N°		Cap
Comune				
Nato/a a		il		
Codice fiscale				
Email		tel/cell		
Documento identità		n°		
MODALITA' DI RISCOSSIONE RICHIESTA				
<input type="checkbox"/> Accredito in c/c bancario con spese a carico del beneficiario				
Banca	Agenzia	Via	Città	Cap
IBAN	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente bancario n°
Intestato a:				
dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. mm.ii.				

 Accredito in c/c postale **con spese a carico del beneficiario**

Poste Italiane Spa	Sportello n°	Via	Città	Cap
IBAN	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente postale n
Intestato a:				
e dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. mm.ii.				

Quanto sopra dichiara conforme alla volontà del sottoscritto sino a nuova dichiarazione.

Data.....

_____ firma