

**RICHIESTA MODALITA' DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO ECONOMICO  
HOME CARE ALZHEIMER**

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 <b>con spese a carico del beneficiario</b>				
<b>Banca</b>	<b>Agenzia</b>	<b>Via</b>	<b>Città</b>	<b>Cap</b>
<b>IBAN</b>	<b>CIN</b>	<b>ABI</b>	<b>CAB</b>	<b>Conto Corrente bancario n°</b>
Intestato a:				
e dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. mm.ii.				

**Allego copia del Documento d'Identità in corso di validità.**

**Data.....**

\_\_\_\_\_ **firma**