

Spett.Le COMUNE DI SANT' ANNA ARRESI
Alla c.a del SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: *RICHIESTA DI ACCREDITO DI CONTRIBUTI/PROVVIDENZE SOCIALI.*
TRASMISSIONE documentazione.

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome _____

nat __ a _____

Residente in Sant'Anna Arresi, via/p.zza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Tel. _____, mail _____

allega alla presente Copia fotostatica del Codice Iban (non si accettano libretti postali)
relativo al:

conto corrente aperto presso

carta prepagata rilasciata da

intestato al beneficiario del contributo/sussidio

Cognome e Nome _____

nat __ a _____

Residente in Sant'Anna Arresi, via/p.zza _____ n° _____

Codice fiscale _____

CHIEDE:

l'accreditamento dei contributi /sussidi (*barrare la casella di riferimento*):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Legge 162/98- Piani Personalizzati | (Da consegnare entro il 10 di ogni mese) |
| <input type="checkbox"/> Legge Regionale n° 20/97 | (Da consegnare entro il 30 maggio di ogni anno) |
| <input type="checkbox"/> Legge Regionale n° 11/85 (Nefropatici) | (Da consegnare entro il 10 di ogni mese) |
| <input type="checkbox"/> Legge Regionale n° 27/83 (Talassemie / Leucemie) | (Da consegnare entro il 10 gennaio e il 27 giugno di ogni anno) |
| <input type="checkbox"/> Legge Regionale n° 9/04 (Neoplasie) | (Da consegnare entro il 10 gennaio e il 27 giugno) di ogni anno |
| <input type="checkbox"/> Ritornare a casa – Disabilità Gravissime | (Da consegnare entro il 10 di ogni mese) |

Altro _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Tutti i dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. n°196/2003 in materia di tutela della privacy.

N.B.: *per essere valida la presente autocertificazione deve essere firmata davanti al funzionario comunale competente oppure firmata e trasmessa completa di fotocopia del documento di identità in corso di validità.*

Data _____

Firma _____