

ALLEGATO B: AUTODICHIARAZIONE IBAN

AVVISO PUBBLICO A SPORTELLO PER L'ACCESSO A UN CONTRIBUTO PER IL RICONOSCIMENTO DEL VALORE SOCIALE ED ECONOMICO DELL'ATTIVITA' DI CURA NON PROFESSIONALE DEL CAREGIVER FAMILIARE" (annualità 2024) di cui al D.M. DEL 08/01/2025 – D.G.R. 1092/2025

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____
C.F. _____ N. Telefono _____, in qualità di
Caregiver del disabile (nome e cognome) _____
C.F. _____

CHIEDE

che l'importo delle proprie competenze legate alla ammissione alla misura "contributo per il riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare", venga accreditato sul cc/carta prepagata identificata come di seguito indicato:

Banca/Posta _____

Filiale/Agenzia _____ Indirizzo, Cap _____

intestato a _____
oppure

cointestato a _____

CODICE IBAN											
Cod. Naz.	Check	CIN	A.B.I.	CAB		Numero conto corrente					
2 lettere	2 cifre	1 lett.	5 cifre	5 cifre		12 cifre					

Il/La sottoscritto/a si assume tutte le responsabilità circa la correttezza dei dati inseriti nella presente comunicazione, sollevando in toto l'Ambito Territoriale di Martano da ogni responsabilità derivante dalla errata compilazione/comunicazione degli stessi dati.

Si allega copia di attestazione del codice IBAN.

Data _____

Firma _____