



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 33

Al Distretto Socio Sanitario 33
di Cefalù

Comune di _____

Richiesta modalità di pagamento “Bonus caregiver – Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi”

Il/la _____ sottoscritto/a

.....

nat.....a.....Prov.

e residente in via n.
.....

Tel. e-mail

c.f.

In qualità di:

☐ Caregiver del disabile grave
.....

☐ Caregiver del disabile gravissimo

CHIEDE

Che il pagamento delle somme spettanti il **“Bonus caregiver – Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi”** sia effettuato nelle seguenti modalità:

☐ Accredito su c/c bancario o postale (no libretto/conto risparmio)

- Carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di pubbliche Amministrazioni)

Intestato a

(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN

[illegible]

- SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione;
- DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Addì

IL DICHIARANTE
