Ambito Sociale

Comune di Fano

MOD n. 02

AUTORIZZAZIONE ALLA RISCOSSIONE DA PARTE DI SOGGETTO DIVERSO DALL'AVENTE DIRITTO

(Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)
Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a.....

il …..... residente a.....(….....) C.A.P. …..... in via/piazza

….....n. .....cod. fisc.....

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà soggetto alle conseguenze di cui al codice penale secondo quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrò dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di autorizzare il sig./la sig.ra…..... nato/a.....

il….....residente a….....(.....) in via .....

n..... cod. fisc..... in quanto lo/la stesso/a ha la qualità di[1]**:**

…..... alla riscossione dell'Assegno di Cura mensile[2].....

dell'importo di € …..... secondo la seguente modalità con bonifico sul c/c allo/a stesso/a intestato:

CIN INTERNAZ.	CIN	ABI	CAB	N. CONTO CORRENTE

Intrattenuto presso: **(indicare l'Istituto di credito)**	
Filiale **(Indicare la sede esatta)**	

***N.B**. I dati riportati **DEVONO ESSERE ESATTI.** Si consiglia di allegare fotocopia dell'attestato rilasciato dall'Istituto di Credito al fine di evitare errori nella trascrizione.*

Entrambi i soggetti SOTTOSCRITTORI **allegano fotocopia** di valido **documento di IDENTITA' PERSONALE**

Luogo e data _____

Firma del soggetto che autorizza

_____

Firma del soggetto autorizzato alla riscossione

_____

1 Si deve **necessariamente indicare** la qualifica del soggetto autorizzato a riscuotere che può essere anche un non familiare dell'avente diritto.

2 Indicare se trattasi di assegni MENSILE o RELATIVO a PIU' mesi o ARRETRATI o MESE/MESI a cui si riferisce.

Comune di Mondolfo (PU) Protocollo arrivo n. 0005075 del 27-02-2018 Cat. 7 cl. 1