DICHIARAZIONE DATI BANCARI DELL'AVENTE DIRITTO AL BENEFICIO

(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....., in qualità di avente diritto all'Assegno di Cura per anziani non autosufficienti di cui alla DGR 6/2012,
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

che l'Assegno di Cura dell'importo di € 200,00 mensili dovrà essere accreditato 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.*

Si allega fotocopia di valido **documento di IDENTITA' PERSONALE**

Luogo e data _____

Firma del soggetto avente diritto

_____

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