

Modalità di pagamento del contributo

Richiesta modalità di riscossione delle somme che l'Amministrazione Comunale di Villaurbana dovrà erogare per il contributo relativo alla Fibromialgia

Il sottoscritto _____ nat_ a _____ il _____, residente a _____ in via _____ n. ____ C.F. _____ in qualità di richiedente dell'Indennità regionale per la fibromialgia

CHIEDE

Che le somme relative al suddetto contributo vengano liquidate con accredito sul conto corrente individuato con il seguente codice IBAN _____ intestato a _____ con esonero del Comune di Villaurbana da ogni responsabilità al riguardo. Allega alla presente fotocopia di un documento di identità.

Dichiaro di essere informato che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 i dati forniti saranno trattati anche con modalità informatiche e telematiche, ed esprime consapevolmente il consenso alla raccolta e trattamento dei dati forniti per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del succitato Regolamento Europeo (RGDP).

Villaurbana, li _____

FIRMA

Spazio riservato al pubblico ufficiale addetto alla autenticazione della sottoscrizione

Comune di Villaurbana

Ufficio Anagrafe

Io sottoscritto Funzionario addetto, attesto che la firma del suindicato beneficiario è stata apposta in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante :

.....
.....

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445/2000

Villaurbana, li _____

**Il Pubblico Ufficiale
(Maria Laura Fulgheri)**