

DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELL'ASSEGNO

All'ATS 4 - Urbino

o

Al PUA (Punto Unico di Accesso) dell'ATS 4

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____),
il _____, residente a _____ (____),
in Via/Piazza _____ n. _____

in qualità di beneficiario, dichiara che, nel caso in cui la domanda dell'Assegno di Cura per l'anno 2026 dovesse avere esito positivo, il pagamento del contributo spettante venga effettuato con la seguente modalità:

DELEGA il/la Sig./Sig.a _____ nato a _____ il
_____, residente a _____ in Via/Piazza
_____ n. _____, C.F. _____

ad agire per mio conto, per la riscossione dell'Assegno di Cura di cui sopra, tramite:

☐ **RISCOSSIONE DIRETTA** presso la Tesoreria Comunale Banca Unicredit, filiale di Urbino e
Fermignano

☐ **BONIFICO** su Conto corrente bancario intestato a _____,
il cui IBAN è _____;

Luogo e data _____

Firma leggibile del DELEGANTE _____

Firma leggibile del DELEGATO _____

DA ALLEGARE

- **fotocopia di un documento di riconoscimento del DELEGANTE**
- **fotocopia di un documento di riconoscimento del DELEGATO**