

ALL. D)

Al Distretto Socio Sanitario n.27
c/o l'Ufficio Servizi Sociali del
Comune di

Oggetto: 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 _____ nato/ a _____

a _____ Prov. _____ e residente in _____ via _____

n.	Rec. Tel.
1	1990
2	1991
3	1992
4	1993
5	1994
6	1995
7	1996
8	1997
9	1998
10	1999
11	2000
12	2001
13	2002
14	2003
15	2004
16	2005
17	2006
18	2007
19	2008
20	2009
21	2010
22	2011
23	2012
24	2013
25	2014
26	2015
27	2016
28	2017
29	2018
30	2019
31	2020
32	2021
33	2022
34	2023
35	2024
36	2025
37	2026
38	2027
39	2028
40	2029
41	2030
42	2031
43	2032
44	2033
45	2034
46	2035
47	2036
48	2037
49	2038
50	2039
51	2040
52	2041
53	2042
54	2043
55	2044
56	2045
57	2046
58	2047
59	2048
60	2049
61	2050
62	2051
63	2052
64	2053
65	2054
66	2055
67	2056
68	2057
69	2058
70	2059
71	2060
72	2061
73	2062
74	2063
75	2064
76	2065
77	2066
78	2067
79	2068
80	2069
81	2070
82	2071
83	2072
84	2073
85	2074
86	2075
87	2076
88	2077
89	2078
90	2079
91	2080
92	2081
93	2082
94	2083
95	2084
96	2085
97	2086
98	2087
99	2088
100	2089
101	2090
102	2091
103	2092
104	2093
105	2094
106	2095
107	2096
108	2097
109	2098
110	2099
111	2100
112	2101
113	2102
114	2103
115	2104
116	2105
117	2106
118	2107
119	2108
120	2109
121	2110
122	2111
123	2112
124	2113
125	2114
126	2115
127	2116
128	2117
129	2118
130	2119
131	2120
132	2121
133	2122
134	2123
135	2124
136	2125
137	2126
138	2127
139	2128
140	2129
141	2130
142	2131
143	2132
144	2133
145	2134
146	2135
147	2136
148	2137
149	2138
150	2139
151	2140
152	2141
153	2142
154	2143
155	2144
156	2145
157	2146
158	2147
159	2148
160	2149
1	

e-mail _____ pec _____

Codice Fiscale:

[illegible]

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 nella seguente modalità:

- ☐ accredito su c/c bancario o postale (**no libretto /conto di 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 al regolamento GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti con la presente richiesta saranno trattati, per l'espletamento della procedura di cui trattasi.

Allega copia cartacea del codice IBAN

Addì _____

IL DICHIARANTE