MODELLO DI DELEGA DEL CONTO CORRENTE

Il/La sottoscritto/a……..nato/a……il…….

residente in……..CAP……..Città……..

Codice Fiscale……

Telefono……fax……e-mail…….

Documento di identità n……rilasciato da…….il……..

in qualità di beneficiario del contributo a favore dei caregiver familiari delle persone in condizione di disabilità gravissima (DGR 564 del 28/04/2023).

☐ **DELEGA**

La riscossione del contributo economico di cui sopra a

_____

Codice Fiscale

Presso l'Istituto di credito

_____

IBAN

Luogo e Data…….

Firma del delegante

_____

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante.

Coordinamento d'Ambito Territoriale 10
c/o Unione Montana dell'Esino Frasassi – Via Dante 268 - 60044 Fabriano - An
tel. 0732695234 – Fax. 0732695251
ambito10@umesinofrasassi.it