ALL.D)

Al Distretto Socio Sanitario 27
Presso il Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali

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. _____

e-mail _____ pec _____

Codice Fiscale:

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:

- **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

_____