

RICHIESTA MODALITA' DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO ECONOMICO
Disabilità Gravissima

Nome Cognome			
Indirizzo		N°	Cap
Comune			
Nato/a a		il	
Codice fiscale			
Email		tel/cell	
Documento identità		n°	
MODALITA' DI RISCOSSIONE RICHIESTA			
<input type="checkbox"/> Accredito in c/c bancario con spese a carico del beneficiario			
Banca	Agenzia	Via	
IBAN	CIN	ABI	CAB
Intestato a:			
dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. mm.ii.			

Accredito in c/c postale **con spese a carico del beneficiario**

Poste Italiane Spa	Sportello n°	Via	Città	Cap
IBAN	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente postale n
Intestato a:				
e dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. mm.ii.				

Quanto sopra dichiara conforme alla volontà del sottoscritto sino a nuova dichiarazione.

Data.....

firma