Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM 5.2

Allegato 5 -
Comunicazione IBAN - Disabilità gravissima
al PUA: pua.guidonia@pec.aslroma5.it

COMUNICAZIONE IBAN

Indicare di seguito i dati dell'*intestatario* del c/c:

nome e cognome……, nato/a il……/……/……
a……..(.....), codice fiscale……,
residente in ……n……. cap ……...
comune di……
Email …… tel/cell……,
Documento identità ……n……..

Indicare i dati dell'*eventuale cointestatario* del c/c:

nome e cognome……, nato/a il……/……/……
a……..(.....), codice fiscale……,
residente in ……n……. cap ……...
comune di……
Email …… tel/cell……,
Documento identità ……n……..

Il seguente **IBAN** del c/c su cui accreditare il beneficio economico richiesto è:

Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali Distretto Rm 5.2 0000859 del 11-06-2026 - partenza

N.B. L'iban suindicato deve essere intestato al richiedente e/o cointestato. Non sono validi i libretti postali.

Istituto bancario:	Agenzia / Sportello:	Via / Città / CAP:

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

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma _____

Pagus Consorzio Intercomunale Servizi Sociali - Distretto RM6.3 - prot. 0000859 del 11-06-2026 - partenza