

Al Comune di _____

UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI

per il successivo inoltro al DISTRETTO SOCIO SANITARIO 28

RICHIESTA MODALITA' DI PAGAMENTO BONUS CAREGIVER FAMILIARE.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

e residente a _____ via _____ n. _____

Tel./Cell _____ e-mail _____

PEC _____ Codice Fiscale: _____

In qualità di:

- Caregiver del disabile grave;
- Caregiver del disabile gravissimo;

CHIEDE

che il pagamento a mio nome delle somme spettanti per il "Bonus Caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e assistenza di familiari disabili gravi o gravissimi" sia effettuato nella seguente modalità:

accredito su conto corrente bancario IBAN: _____

accredito su conto corrente postale IBAN: _____
(no libretto postale/conto di risparmio)

accredito su carta prepagata IBAN _____
(abilitata alla ricezione di bonifici da parte di Pubbliche Amministrazioni)

Il conto corrente può essere anche cointestato.

- 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.

data _____

Firma del richiedente