

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