

All."C" modulo di richiesta modalità di pagamento per caregiver familiari dei soggetti affetti da disabilità grave e gravissima

Al Comune di PANTELLERIA

Richiesta modalità di pagamento "Bonus caregiver Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei caregiver familiari dei soggetti affetti da "disabilità grave e gravissima"

Il sottoscritt _____ nat_ a _____
Prov. _____ il _____
e residente in _____ via _____
n. _____ Rec.Tel. _____ email/PEC _____
Codice Fiscale: _____

In qualità di:

- caregiver familiare del sig. _____ soggetto affetto da **disabilità grave**
- caregiver familiare del sig. _____ soggetto affetto da **disabilità gravissima**

CHIEDE

che il pagamento delle somme spettanti il "Bonus caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei caregiver familiari dei soggetti affetti da disabilità grave e gravissima" 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 devono essere intestati o cointestati al richiedente il beneficio)
IBAN : _____

Il sottoscritto **SI IMPEGNA** a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

DICHIARA

di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e dell'art. 28 della legge 20 novembre 2017 n.167.

IL DICHIARANTE _____