

**BUONO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
E DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE ASSISTITE AL DOMICILIO**

– ANNO 2015 –
Ai sensi DGR 2883/2014 – interventi Misura B2

AL COMUNE DI _____

Delega alla riscossione in allegato alla domanda della sig./sig.ra

COGNOME E NOME _____

COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a (beneficiario/a del buono sociale 2015) _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, giusto il disposto della legge 4 gennaio 1968 n.15, modificato dal D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

Che desidera riscuotere le provvidenze economiche spettanti mediante:

- **assegno circolare**

intestato a al/alla signor/a _____

nato/a a _____ il _____ via _____ residente

a _____ tel. _____ codice fiscale _____;

- **conto corrente bancario e/o postale**

IBAN _____ intestato al/alla signor/a _____

_____ nato/a a _____ il _____

via _____ residente a _____ tel. _____

codice fiscale _____.

Data _____

Firma _____

Avvertenze per la firma.

1. Se il richiedente non sa o non può firmare, la presente dichiarazione, dovrà essere autenticata da un pubblico ufficiale, il quale previo accertamento dell'identità del dichiarante, dovrà specificare la causa dell'impedimento (art. 4 D.P.R. n. 403/98 e modificato dall'art. 4 comma 1 del DPR 445/2000).