

Spett.le COMUNE DI PUTIFIGARI
Alla C.A. del Sindaco
Alla C.A. del Responsabile dei Servizi Sociali
P.zza Boyd n°6/8 - 07040 Putifigari

Oggetto: Dichiarazione per accredito somme. Provvidenze ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20 ANNUALITA' 2023.

__l_ Sottoscritt _____
Nat_ a _____ (____) Il ____ / ____ / ____
CF. _____ TEL. _____
_____ Residente a _____ in
via/piazza _____ n. _____ in qualità di: (barrarela casella)

- Beneficiario / Destinatario;
- Tutore/Curatore;
- Esercente la responsabilità genitoriale;
- Amministratore di sostegno;
- Con Procura generale;
- Erede delegato alla riscossione

Del/la Sig. _____ nat __ a _____
Il ____ / ____ / _____ e residente a _____ in
via/p.zza _____ n. _____
CF. _____ al fine della riscossione per L'ANNO
2022 - delle Provvidenze ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20 ANNUALITA' 2023.

Consapevole delle sanzioni penali previste per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

CHIEDE

che le provvidenze previste ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20 ANNUALITA' 2023,
a favore della _____

siano accreditate **SUL CONTO CORRENTE** VINCOLATO ALL'ORDINE DEL GIUDICE TUTELARE
INTESTATO DA:

NOME _____ COGNOME _____
NATO A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____

CODICE IBAN (CHIARO IN STAMPATELLO)

PRESSO LA BANCA _____

Attenzione: Non sono valide le coordinate relative ai libretti di deposito postali

Io sottoscritt _____ dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui:

- all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy)
 - dell'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento Europeo Privacy)
- e ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.)

AUTORIZZO

il trattamento e l'utilizzo dei miei dati e di mia MADRE _____
essendo Amministratore di sostegno per le finalità e l'espletamento delle procedure per la
presente dichiarazione

Firma del dichiarante esercente la responsabilità / Amministratore di sostegno

➤ **Firma da apporre al momento della consegna all'incaricato**

Firma del dichiarante esercente la responsabilità / Amministratore di sostegno

AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSCRIZIONE

Ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 445/2000, attesto che la sottoscrizione della sopraestesa dichiarazione è stata
apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato previa esibizione

del documento.....n.....

rilasciato il __/__/____ dal.....

_____, li.....

Luogo

Timbro dell'Ufficio

Il Funzionario incaricato
(cognome,nome e qualifica)
Firma