

**RICHIESTA MODALITA' DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO ECONOMICO
HOME CARE ALZHEIMER**

Nome Cognome				
Indirizzo		N°	Cap	
Comune				
Nato/a a		il		
Codice fiscale				
Email		tel/cell		
Documento identità		n°		
MODALITA' DI RISCOSSIONE RICHIESTA				
<input type="checkbox"/> Accredito in c/c bancario con spese a carico del beneficiario				
Banca	Agenzia	Via	Città	Cap
IBAN	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente bancario n°
Intestato a:				
e dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. mm.ii.				

Allego copia del Documento d'Identità in corso di validità.

Data.....

_____ **firma**