Modello 2

COMUNICAZIONE ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO MENSILE MISURA B1

(NON POSSIBILE SU LIBRETTI POSTALI)

Il sottoscritto _____, a completamento dell'istanza per l'ammissibilità alla misura B1 a favore di _____,

COMUNICA

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

⇨ intestato alla persona affetta da disabilità gravissima (senza altri cointestatari)

⇨ cointestato alla persona affetta da disabilità gravissima, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

⇨ **(in caso di soggetto minorenne)** intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome del intestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Genitore B

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data____/____/_____ Firma _____