



Castellammare del Golfo



Alcamo



Calatafimi Segesta



A.S.P. N. 9

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 55
 COMUNE DI ALCAMO – COMUNE DI CALATAFIMI SEGESTA – COMUNE DI
 CASTELLAMMARE DEL GOLFO - ASP N. 9**

Al Comune di _____

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/la sottoscritto/a _____,

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ e-mail/PEC _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

- caregiver familiare del sig. _____ 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 deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

– **SI IMPEGNA** a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente 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
