

NUOVO PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNO DI CURA - D.D. N. 223 DEL 1/07/2019 – COORDINATE CONTO DA UTILIZZARE PER ACCREDITO ASSEGNO DI CURA.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 DPR 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato/a a _____ () il

_____ e residente a _____ () in

via/piazza _____ n. _____ cap _____

in qualità di

(barrare la voce che interessa)

richiedente/beneficiario dell'assegno di cura previsto dal Programma in oggetto

familiare del beneficiario dell'assegno di cura previsto dal Programma in oggetto

consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

che gli estremi identificativi del conto corrente bancario/postale nel quale transiteranno gli importi riferiti ai contributi economici *una tantum* previsti dal progetto in oggetto citato, sono i seguenti:

conto corrente bancario codice IBAN _____

presso la Banca _____

oppure

conto corrente postale codice IBAN _____ presso

le Poste Italiane SpA.

In fede

(Luogo e data)

(firma)

NB: SI PRECISA CHE L'ACCREDITO NON PUO' AVVENIRE SU IBAN RIFERITI A LIBRETTI POSTATI SU CUI VENGONO TRASFERITI EMOLUMENTI PENSIONISTICI O STIPENDIALI.

Si allega:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.

