

**DELEGA PER INTERVENTI FONDO NON AUTOSUFFICIENZA MISURA B2**  
**D.G.R. 5791/2021, Decreto 548/2022**  
**- ANNO 2022 -**

Al **COMUNE** di \_\_\_\_\_  
 Ufficio Servizi Sociali

**Alla Azienda Speciale Consortile Garda Sociale**

**DELEGA**

alla riscossione in allegato alla domanda del/la sig./sig.ra:

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NAT\_ A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

*Consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, giusto il disposto della legge 4 gennaio 1968 n.15, modificato dal D.P.R. 445/2000.*

**DICHIARA**

di riscuotere le provvidenze economiche spettanti mediante:

- **assegno circolare**

intestato a al/alla signor/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- **conto corrente bancario e/o postale**

intestato a al/alla signor/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

*\*(allegare copia del codice fiscale e della carta d'identità)*

| INTESTATARIO C/C                        | CODICE ABI | CODICE CAB | N. CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE |
|---|------------|------------|------------------------------------|
|   |            |            |                                    |
| <b>CODICE IBAN (allegare fotocopia)</b> |            |            |                                    |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Avvertenze per la firma se il/la richiedente non sa o non può firmare, la presente dichiarazione, dovrà essere autenticata da un pubblico ufficiale, il quale previo accertamento dell'identità del dichiarante, dovrà specificare la causa dell'impedimento (art. 4 D.P.R. n. 403/98 e modificato dall' art. 4 comma 1 del DPR 445/2000).