



Area AA.GG. Personale, Contratti, Sport, Cultura, Turismo, Politiche Sociali

Settore Servizi Sociali

Modulo richiesta accreditamento contributo

Al Comune di Porto Torres
Servizi Sociali
Viale delle Vigne n. 5, 07046, Porto Torres SS

OGGETTO: Modalità pagamento contributo LA FAMIGLIA CRESCE

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
domiciliato a _____ in Via _____
Codice Fiscale n° _____ tel: _____

in qualità di:

- destinatario del contributo
- tutore/amministratore di sostegno
- persona delegata, come da atto di delega alla riscossione del contributo allegato alla presente

del/dal beneficiario di seguito indicato:

nome/cognome _____ nat_ a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
domiciliato a _____ in Via _____
Codice Fiscale n° _____

CHIEDE

L'accredito su:

- carta prepagata/conto corrente _____ intestato a _____
Agenzia (specificare Poste Italiane o nome Banca) _____
Coordinate IBAN: _____ (si allega copia);
- Tesoreria Comunale del Banco di Sardegna.

Luogo e data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax o pec, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.