**ALLEGATO B**

**AL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO VT4**
**COMUNE CAPOFILA VETRALLA**

**OGGETTO: Comunicazione estremi bancari.**

_l_sottoscritt_____

nato a_____ il _____

residente a _____

in via/p.zza_____n._____

tel._____

in qualità di

- ❑ **familiare**
- ❑ **tutore (decreto Tribunale di _____ n. _____)**
- ❑ **amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n._____)**
- ❑ **altro(specificare:_____)**

di Cognome_____Nome_____

nato a_____ il _____

residente a _____

in via/p.zza_____n._____

in caso di concessione del finanziamento di cui all'oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca: _____

Codice IBAN:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall'avviso pubblico.

Data_____

Firma

_____