

OGGETTO: INDENNITA' REGIONALE FIBROMIALGIA (IRF) 2025 - COMUNICAZIONE MODALITA' LIQUIDAZIONI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)

il ____/____/____, residente a Selargius in via _____, _____

Codice Fiscale _____

(indispensabile) telefono _____ mail _____

In qualità di:

- beneficiario
- rappresentante legale _____

del/della Signor/ra _____ nato/a a _____

(____) il ____/____/____, residente a Selargius in via _____, _____

_____, Codice Fiscale _____

(indispensabile) telefono _____ mail _____

CHIEDE

che il pagamento del contributo in oggetto sia effettuato mediante accredito sul conto corrente bancario o postale o sulla carta prepagata con il seguente Codice IBAN:

CODICE IBAN:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Banca _____, Agenzia di _____

- intestato al beneficiario

oppure

- Intestato a:

Nome e Cognome _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____, in Via _____

Codice Fiscale . _____

Allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Copia fotostatica del Codice IBAN relativo al CCB o CCP sul quale si richiede l'accredito del beneficio con l'indicazione dell'intestatario del conto;

Selargius lì, _____

Firma del Dichiarante
