Allegato 2)

LEGGE 162/98 - PIANI PERSONALIZZATI PER PORTATORI DI HANDICAP GRAVE

- DICHIARAZIONE RISCOSSIONE RIMBORSI -

Il/La sottoscritto/a_____nato/a_____il_____

residente in via_____CAP_____Città_____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____rilasciato da _____

il _____Tel_____Cell._____

In qualità di
☐ destinatario del piano
☐ incaricato della tutela *(allegare decreto)*
☐ titolare della responsabilità genitoriale *(allegare decreto)*
☐ Amministratore di Sostegno della persona destinataria del piano *(allegare decreto)*

☐ Altro familiare (indicare grado di parentela)_____in possesso di delega da parte del destinatario, ai soli fini della riscossione dei rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 - Piani personalizzati a favore di persone con grave disabilità anno 2023

CHIEDE

che gli stessi vengano corrisposti mediante:

(indicare una sola opzione)

☐ **Accreditamento** su Conto Corrente Bancario o Postale intestato a:

Nome_____Cognome _____

nato a_____il___/___/_____residente a _____

in Via/Piazza_____n._____Tel. _____

C.F.___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

presso Banca/ Ufficio Postale agenzia n._____di _____

IBAN

Sennori, _____

Firma

_____