

Oggetto: Richiesta di accreditamento in conto corrente bancario delle eventuali provvidenze economiche spettanti in qualità di invalido civile cieco civile o sordomuto.

Il sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

CHIEDE

L'accREDITamento dello/e provvidenza/e di cui sopra sul conto corrente bancario n° _____ intrattenuto presso (indicare istituto di credito e sportello bancario) _____

e a me intestato o cointestato.

FIRMA _____

RISERVATO ALL'AZIENDA DI CREDITO

Azienda di credito _____ Agenzia _____

Indirizzo _____ cap _____ città _____

Coordinate bancarie del conto da accreditare

Az. di cred. _____ cab sportello _____ codice cin ___ conto _____

Data _____ firma _____

RISERVATO ALL'ASL

Coordinate dell'assistito _____ codice amm.ne _____ c. _____

Numero identificativo _____ cat _____ fascia _____