

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO VT4

PROVINCIA DI VITERBO

Vetralla, Barbarano Romano, Bassano Romano, Blera, Capranica, Caprarola, Carbognano, Monterosi, Oriolo Romano, Ronciglione, Sutri, Vejano, Villa San Giovanni in Tuscia

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