

di essere in possesso di attestazione ISEE del beneficiario (indicatore situazione economica equivalente) in corso di validità con valore di € _____ e/o di aver presentato DSU (Dichiarazione sostitutiva unica per il calcolo dell'ISEE) del beneficiario in data _____ n.INPS.....;

che il beneficiario per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è in possesso di certificazione attestante la condizione di **handicap in situazione di gravità** di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 . Emessa in data..... con scadenza in data.....;

Le dichiarazioni sostitutive dovranno contenere l'indicazione dell'amministrazione competente e gli elementi indispensabili per reperire le informazioni e i dati richiesti (art. 43 D.P.R. 445/2000)

ALLEGA

copia del documento di identità del richiedente, in corso di validità (obbligatorio);

solo per i cittadini extracomunitari o apolidi: copia del titolo di soggiorno in corso di validità *del richiedente e del beneficiario* (ad es.: Permesso di soggiorno, Permesso di Soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, Carta di soggiorno per familiari di cittadini UE ecc.) oppure relativa dichiarazione sostitutiva nei casi previsti dalla normativa (obbligatoria in caso di mancata presentazione di copia dell'originale);

dichiarazione sostitutiva del decreto di nomina a curatore speciale, tutore/amministratore di sostegno e del relativo verbale di giuramento (obbligatoria, se del caso);

CHIEDE

Che il pagamento del contributo avvenga tramite accredito sul seguente conto corrente:

Istituto Bancario o Agenzia Postale														
Filiale														
COORDINATE BANCARIE (IBAN – BBAN)														
ID. PAESE		CIN	Codice ABI				Codice CAB				Numero di CONTO CORRENTE			
Intestatario conto														
L'IBAN è così composto: <u>Identificativo paese</u> (IT per l'Italia e <u>2 caratteri numerici</u>), <u>CIN</u> (<u>1 carattere alfabetico</u>), <u>ABI</u> (<u>5 caratteri numerici</u>), <u>CAB</u> (<u>5 caratteri numerici</u>), <u>N. Conto Corrente</u> (<u>12 caratteri alfanumerici</u> senza segni separatori o di interpunzione: barre, punti, etc.).														

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara altresì che il c/c bancario - il c/c postale è:

- intestato a nome del richiedente o del beneficiario;

- cointestato tra la persona richiedente o il beneficiario del contributo per attività di socializzazione e il sig.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 101 10 agosto 2018 (Legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma leggibile
