Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

Modello 2

COMUNICAZIONE ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO MENSILE MISURA B1
(NON POSSIBILE SU LIBRETTI POSTALI)

Il sottoscritto _____, a completamento dell'istanza per l'ammissibilità alla misura B1 a favore di _____,

COMUNICA

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (senza altri cointestatari)

☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ **(in caso di soggetto minorenne)** intestato/cointestato ai seguenti genitori
Genitore A

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Genitore B

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data____/____/_____ Firma _____