Al Dirigente del III Settore
Servizi di Gestione Finanziaria e Contabile
Comune di Falconara Marittima
Dott. M. Pierpaoli

Al
Coordinatore
Ambito Territoriale Sociale n. 12
Comune di Falconara
Marittima
Dott.ssa B. Giacconi

Oggetto: MODALITA' DI PAGAMENTO. COMUNICAZIONE DATI PER EROGAZIONE ASSEGNO DI CURA – PERIODO 01/01/2027 - 31/12/2027.

- In riferimento a quanto richiesto si comunicano i dati del **soggetto beneficiario** del Contributo in oggetto:

Cognome e nome:_____

Residente in Via _____ Comune _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo mail_____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

- In riferimento a quanto richiesto si comunicano i dati del **soggetto identificato alla riscossione** del Contributo in oggetto (da compilare nel caso in cui il soggetto che riscuote non coincida con il soggetto beneficiario del contributo):

Cognome e nome:_____

Residente in Via _____ Comune _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo

mail_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di:

□ Familiare
□ Tutore
□ Amministratore di sostegno
□ Responsabile dell'assistenza del/la Sig/ra:

_____

_____

PER IL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO:

BARRARE LA CASELLA SULLA MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA E COMPILARE **OBBLIGATORIAMENTE** CON TUTTI I DATI RICHIESTI – **NON SARANNO AMMESSE RICHIESTE DI ACCREDITO SU LIBRETTO POSTALE, POST PAY , PAYPAL o similari:**

❑ Accredito sul conto corrente bancario intestato a: _____

CIN __ N° di C/C | | | | | | | | | | | |

ABI _____ Banca _____

CAB _____ Filiale _____

IBAN _____

❑ Accredito sul conto corrente postale n._____ intestato a:_____

ABI_____ CAB_____ CIN ____

Filiale _____

IBAN_____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 sul trattamento dei dati personali (Privacy) informiamo che i vostri dati sono conservati presso il nostro archivio informatico, e saranno utilizzati esclusivamente per uso amministrativo derivante dalla attività comunale. Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di

chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento.

Si ricorda che la modulistica dovrà essere OBBLIGATORIAMENTE compilata in ogni sua parte e che non saranno ammesse comunicazioni di dati incomplete.

Si allega obbligatoriamente un documento d'identità valido del soggetto intestatario del C/C indicato.

Firma (del soggetto intestatario del C/C indicato) _____

Data _____