

**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 _____