

## DELEGA ALLA RISCOSSIONE O MODALITA' DI PAGAMENTO

### SETTORE SERVIZI SOCIALI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

- In qualità di tutore/amministratore di sostegno del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nata

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente

in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

beneficiario di:

- PIANO PERSONALIZZATO I. 162/98
- L.R 11/85 NEFROPATICI
- L.r 27/83 TALASSEMICI
- L.R 9/04 NEOPLASIE
- RITORNARE A CASA
- ALTRO (SPECIFICARE)

Oppure in qualità di:

#### **BENEFICIARIO/A DI UNA DELLE SEGUENTI LEGGI:**

- PIANO PERSONALIZZATO I. 162/98
- L.R 11/85 NEFROPATICI
- L.r 27/83 TALASSEMICI
- L.R 9/04 NEOPLASIE
- RITORNARE A CASA
- ALTRO (SPECIFICARE)

#### **CHIEDE CHE LE PROVVIDENZE SPETTANTI DI CUI SOPRA VENGANO LIQUIDATE CON LA SEGUENTE**

##### **MODALITA' (barrare con una x la modalità scelta)**

- Accredito presso conto corrente bancario/postale (no libretto) intestato a \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

- Delega Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

(allegare carta identità delegato e delegante) al ritiro del contributo allo sportello.

- Ritiro in contanti allo sportello del Banco di Sardegna sede di Nuraminis da parte del beneficiario.

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_