

“Allegato A”

(per utenti già beneficiari dell'assegno di cura)

**UFFICIO PROTOCOLLO
COMUNE DI MONTESARCHIO
VIA SAN FRANCESCO N. 1
82016 MONTESARCHIO (BN)**

**FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2017
RICHIESTA ASSEGNO DI CURA**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ () via _____ n. _____ cap _____

C.F. _____ Numero di telefono _____,

in qualità di

(barrare la voce che interessa)

- beneficiario/a dell'assegno di cura per le pregresse annualità
- familiare o tutore giuridico o amministratore di sostegno del/la beneficiario/a

avendo preso visione dei contenuti dell'informativa riportata sul sito web dell'Ambito B3

CHIEDE

l'erogazione dell'assegno di cura a valere sulle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza – anno 2017 in favore di _____ (nome e cognome).

Dichiara, inoltre:

- di essere a conoscenza che il Comune di Montesarchio provvederà al pagamento dell'assegno solo a seguito del trasferimento delle risorse da parte della Regione Campania;
- che gli estremi identificativi del conto corrente bancario/postale nel quale transiteranno gli importi riferiti all'assegno di cura di cui in oggetto, sono i seguenti:

- conto corrente bancario codice IBAN

_____ presso la Banca _____

oppure

- conto corrente postale

codice IBAN _____ presso le Poste
Italiane SpA di _____

NB: L'ACCREDITO NON PUO' AVVENIRE SU IBAN RIFERITI A LIBRETTI POSTATI SU CUI VENGONO TRASFERITI EMOLUMENTI PENSIONISTICI O STIPENDIALI.

Allega la documentazione di seguito elencata:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e dell'intestatario del conto se diverso dal beneficiario o se trattasi di conto cointestato;
- fotocopia codice fiscale del/la beneficiario/a (e del familiare/tutore, qualora la domanda sia a firma di quest'ultimo);
- copia dell'atto di designazione dell'amministratore di sostegno o tutela giuridica (se previsto);
- Informativa privacy.

Luogo e data

FIRMA
