

**RICHIESTA MODALITA' DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO ECONOMICO**  
**Disabilità Gravissima**

Nome Cognome				
Indirizzo		N°		Cap
Comune				
Nato/a a		il		
Codice fiscale				
Email		tel/cell		
Documento identità		n°		
MODALITA' DI RISCOSSIONE RICHIESTA				
<input type="checkbox"/> Accredito in c/c bancario con spese a carico del beneficiario				
<b>Banca</b>	<b>Agenzia</b>	<b>Via</b>	<b>Città</b>	<b>Cap</b>
<b>IBAN</b>	<b>CIN</b>	<b>ABI</b>	<b>CAB</b>	<b>Conto Corrente bancario n°</b>
Intestato a:				
dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. mm.ii.				

 Accredito in c/c postale con spese a carico del beneficiario

<b>Poste Italiane Spa</b>	<b>Sportello n°</b>	<b>Via</b>	<b>Città</b>	<b>Cap</b>
<b>IBAN</b>	<b>CIN</b>	<b>ABI</b>	<b>CAB</b>	<b>Conto Corrente postale n</b>
Intestato a:				
e dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. mm.ii.				

**Quanto sopra dichiara conforme alla volontà del sottoscritto sino a nuova dichiarazione.**

Data.....

\_\_\_\_\_ firma