

Oggetto: Richiesta pagamento delle prestazioni

Il sottoscritto/a Cognome e Nome _____

nato/a _____ Prov. (____) il _____

C.F. _____ Telefono Cellulare _____

Residente in Via _____ n. _____

In qualità di Beneficiario _____

CHIEDE

che il pagamento delle somme relative a :

sia effettuato nel modo seguente:

Accredito sul C.C. intestato a _____
CODICE IBAN _____

Pagamento con rimessa diretta presso il Banco di Sardegna

DICHIARO

- ✓ Di comunicare al Comune di Ussana qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata;
- ✓ di essere consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti;
- ✓ che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 d.p.r. 445/2000);
- ✓ di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati e utilizzati esclusivamente per i fini connessi all'espletamento del servizio richiesto ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e ss.mm.ii., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo.

Si allega fotocopia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale

Ussana _____

Il Dichiarante
