Allegato 2)

LEGGE 162/98 - PIANI PERSONALIZZATI PER PORTATORI DI HANDICAP GRAVE 2019

- DICHIARAZIONE RISCOSSIONE RIMBORSI -

Il/La sottoscritto/a_____nato/a_____il_____

residente in via_____CAP_____Città_____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n._____rilasciato da _____

il _____Tel_____Cell._____

In qualità di
□ destinatario del piano
□ incaricato della tutela *(allegare decreto)*
□ titolare della responsabilità genitoriale *(allegare decreto)*
□ Amministratore di Sostegno della persona destinataria del piano *(allegare decreto)*

□ Altro familiare (indicare grado di parentela)_____in possesso di delega da parte del destinatario, ai soli fini della riscossione dei rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 - Piani personalizzati a favore di persone con grave disabilità anno 2019

CHIEDE

che gli stessi vengano corrisposti mediante:

(indicare una sola opzione)

- **Quietanza diretta** *(per gli importi entro i limiti consentiti dalla normativa)*
- **Accreditamento** su Conto Corrente Bancario o Postale intestato a:

Nome _____ Cognome _____

nato a _____il ___/___/____ residente a _____

in Via/Piazza _____n. _____ Tel. _____

C.F. ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

presso Banca/ Ufficio Postale agenzia n. _____ di _____

IBAN

Sennori, _____ Firma

_____