

Allegato E.

Al Responsabile delle Politiche Sociali
del Comune di Monserrato

Oggetto: **Comunicazione modalità di pagamento.**

Il sottoscritto _____ nato a _____
residente in _____ in via _____ n. _____
C.F. _____ Tel: _____

in qualità di _____ del beneficiario _____
delle seguenti pratiche:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Legge 162/98 | <input type="checkbox"/> Ritornare a Casa | <input type="checkbox"/> Assegno di cura/fondo non autosufficienza |
| <input type="checkbox"/> Legge 20/97 (sofferenti mentali) | <input type="checkbox"/> Legge 11/85 (nefropatici) | <input type="checkbox"/> Legge 27/83 (talassemici, emofilici, emolinfopatici maligni) |
| <input type="checkbox"/> Legge 9/2004 (Neoplasie) | <input type="checkbox"/> Disabilità gravissime | <input type="checkbox"/> Bonus Famiglia |
| <input type="checkbox"/> Contributo economico | <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 1 | <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 2 |
| <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 3 | <input type="checkbox"/> Contributi affitto L. 431/98 | <input type="checkbox"/> Contributi spese funerarie |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |

CHIEDE

Che il pagamento di ogni e qualsiasi emolumento dovutogli dal Comune di Monserrato sia effettuato con le seguenti modalità:

- con rimessa diretta al sottoscritto
- mediante accredito sul proprio conto corrente IBAN _____

Data _____

FIRMA
