

**AL RESPONSABILE
DEI SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI SAN VERO MILIS (OR)**

OGGETTO: L. 162/98 - Richiesta per la predisposizione del piano personalizzato di sostegno a favore di persona con grave disabilità. Annualità 2019.

DICHIARAZIONE CODICE IBAN DEL BENEFICIARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. ____
il _____ residente a SAN VERO MILIS Via/Piazza _____
n° ____ cap. _____ tel. _____

CHIEDE

Che le liquidazioni periodiche del piano personalizzato ai sensi della Legge 162/98 siano fatte al seguente:

Conto Bancario Conto Postale

Presso la/il _____,

Filiale di _____.

IBAN:

PAESE	CIN EU	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

San Vero Milis,

firma