**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

**Modulo per la comunicazione della modalità di pagamento dei rimborsi/contributi comunali**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C/F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

⎕ beneficiario;

⎕ familiare referente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare nome e cognome);*

⎕ titolare della responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare nome e cognome*);

⎕ incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno (*allegare decreto di nomina del tribunale*).

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;

**DICHIARA (ai sensi del comma 7 dello stesso art.3)**

Di voler ricevere le comunicazioni in merito ai contributi/rimborsi erogati dal Comune **all’indirizzo e-mail**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Di scegliere come modalità di pagamento**di quanto dovuto dal Comune di Urzulei ai fini dei rimborsi spesa previsti dal piano: *(barrare una delle seguenti modalità di pagamento)*

⎕Quietanza diretta in denaro contante intestata al beneficiario del piano da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna;

⎕ Quietanza diretta in denaro contante con delega alla riscossione a favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna(allegare carta d’identità del delegante e delegato);

⎕ Bonifico bancario presso il conto corrente intestato o cointestato al beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTO CORRENTE: (**ALLEGARE FOTOCOPIA DELL’IBAN CON INTESTATARIO)**

⎕ accredito su c/c postale presso ufficio postale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⎕accredito su c/c Bancario-Banco di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 car. | 2 car. | 1 car | 5 caratteri | 5 caratteri | 12 caratteri |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAESE** | **CHECK** | **CIN** | **ABI** | **CAB** | **N°CONTO** |

Dichiara di essere informato, che ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

…………………………………………….

**Si allega Documento di Identità in corso di validità del dichiarante**