Distretto Socio Sanitario LT4

COMUNE DI CAMPODIMELE | COMUNE DI FONDI | COMUNE DI LENOLA | COMUNE DI MONTE SAN BIAGIO | COMUNE DI SAN FELICE CIRCEO | COMUNE DI SPERLONGA | COMUNE DI TERRACINA

REGIONE LAZIO — SISTEMA SANITARIO REGIONALE — ASL LATINA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____/_____/_____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Recapito telefonico: _____

In qualità di genitore del/della minore: _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____/_____/_____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

AUTORIZZA

Il Distretto Socio Sanitario LT4 - Comune Capofila Fondi - ad accreditare il contributo economico riconosciuto in favore del/della proprio/a figlio/a, inerente alla domanda **"Disabilità gravissima"**, sul conto corrente, bancario o postale, o sulla carta prepagata dotata di IBAN intestato/a all'altro genitore:

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____/_____/_____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(composto da 27 caratteri)

☐ Conto corrente bancario ☐ Conto corrente postale ☐ Carta prepagata

Recapito telefonico: _____

N.B.: si allega copia di un documento d'identità in corso di validità di entrambi i genitori e copia del codice IBAN.

Fondi, lì _____/_____/_____

Firma dei genitori

_____

_____