Spett. Azienda Insieme per il Sociale

Io sottoscritto.....nato a..... il…….....

residente a .....…....via/piazza..... n.....

codice fiscale.....…

in qualità di caregiver familiare del/della sig./sig.ra/minore……

C H I E D O

che detto contributo sia liquidato a favore di.....……

nato a.....…….. il.....

residente a ..... in via/piazza..... n.....

codice fiscale.....

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

LUOGO E DATA .....

FIRMA

.....