**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO (1° PAGAMENTO)**

(D.P.R. 138/1986 – D.P.R. 123/2002)

 □ **L. 210/92** □ **Vittime**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | SESSO |
| COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA | PROV. | CODICE FISCALE |
| RESIDENZA – VIA E N. CIVICO | CAP | LOCALITA’ | PROV. |
| TELEFONO/CELLULARE | E-MAIL |  |

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio

­­­­­­­­­­­­□ C/C Bancario o Postale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

□ Libretto postale nominativo n. ­­­­­­­­­­­­­­­­­

Ove trattasi di minori, se si opta per qeusta modalità di pagamento, puà essere utilizzato esclusivamente un libretto postale nominativo ordinario

*COORDINATE IBAN*

*(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sotto riportate. Il codice IBAN è indicato sull’estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)*

|  |
| --- |
| BANCA/ UFFICIO POSTALE |
| AGENZIA |
| INDIRIZZO |
| IBAN (27 CARATTERI)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| paese | CIN EUR | CIN |  ABI |  CAB |  Numero C/C |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2lettere |  2 numeri | 1Lett. |  5 numeri |  5 numeri |  12 numeri |

SWIT/BIC (8/11 CARATTERI)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

*Il sottoscritto ai sensi di quanto previsto dagli artt. 20, comma 4 e 21, comma 6 del DPR 8 Luglio 1986 n. 429, autorizza il prelevamento d’ufficio di somme indebitamente accreditate. Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente il venir meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il godimento del trattamento percepito. Si impegna a tenere indenne l’Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.*

Data……………………………. **Firma**…………………………………….

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’ DEI CONTITOLARI DEL C/C BANCARIO**

*Il/sottoscritto /i cointestarario/i del conto corrente bancario sopra indicato mi impegno/si impegnano a non prelevare e/o a restituire i ratei mensili di indennizzo se non più dovuti per il decesso del titolare/beneficiari o per altra causa a stornare dal conto sopra indicato, su richiesta dell’amministrazione pagante e nei limiti di tale richiesta, le eventuali somme indebitamente accreditate, sollevando la banca da ogni responsabilità a riguardo.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  *Cognome* |  *Nome* |  *Codice Fiscale* |  *Firma* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Avvertenze*

*La presente richiesta, debitamente sottoscritta dall’interessato e unitamente a copia fotostatica di un documento di identità (Art. 38, 3° comma del DPR 445 del 28 dicembre 2000) in corso di validità, può essere trasmessa per posta, via fax o telematicamente. Si prega utilizzare una sola modalità di invio.*