

Il sottoscritto _____, a completamento dell'istanza
per l'ammissibilità alla misura B1 a favore di _____,

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

[illegible]☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (senza altri cointestatari)

☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

| | | | | | | | | | | | | | | |

☐ **(in caso di soggetto minorenne)** intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]**Genitore B**

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

| | | | | | | | | | | | | | | |

Data / /

Firma _____