Comune di
ORNICA

Richiesta di accreditamento in conto corrente bancario di pensioni, assegni ed indennità spettanti a invalidi civili, ciechi civili e sordomuti

Alla Prefettura di ORNICA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____il _____

residente in _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

titolare di (1): ☐ pensione ☐ assegno ☐ indennità

in qualità di (2): ☐ invalido ☐ civile ☐ cieco civile ☐ sordomuto

C H I E D E

l'accreditamento della/e provvidenza/e de cui sopra sul conto corrente bancario n°_____

intrattenuto presso (indicare Istituto di Credito e sportello bancario)

_____

e si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal disposto accreditamento.

Firma

Ornica, _____ _____

1 – Barrare la/e provvidenza/e in godimento 2 – Barrare la categoria di appartenenza

RISERVATO ALL'AZIENDA DI CREDITO

Azienda di Credito ..... Agenzia ....
Indirizzo ..... C.A.P. ..... Città .....

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE

Az. di Cred.	**CAB** Sportello	**Nr. Conto**

COORDINATE DELL'ASSISTITO

Cod. Amm/ne	C	NUMERO IDENTIFICATIVO	CAT.	FASCIA

Data _____ Firma _____