



## COMUNE DI SAMASSI

Provincia del Sud Sardegna

AREA POLITICHE SOCIALI

Via Municipio, 1 – C.A.P. 09030

[servizisociali@pec.comune.samassi.ca.it](mailto:servizisociali@pec.comune.samassi.ca.it) – [protocollo@comune.samassi.ca.it](mailto:protocollo@comune.samassi.ca.it)

Alla c.a.

Responsabile Area Politiche Sociali

**Oggetto: Programma regionale “MI PRENDO CURA” - RICHIESTA LIQUIDAZIONE a mezzo di versamento in conto corrente bancario o a mezzo di persona delegata – annualità 2023**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel./Cel. \_\_\_\_\_

In qualità di  Destinatario del piano  Titolare della responsabilità genitoriale

Tutore /Amministratore di sostegno  Familiare referente \_\_\_\_\_

(Indicare il rapporto di parentela)

Del Sig. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel./Cel. \_\_\_\_\_ beneficiario del Programma “Ritornare a Casa PLUS”,

### CHIEDE

Che il contributo di cui al programma “Mi Prendo Cura”, annualità 2023, venga liquidato per mezzo di:

quietanza diretta in favore del beneficiario \_\_\_\_\_

quietanza a favore del delegato \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_;

Accredito sul **conto corrente (no libretto)** bancario/postale sotto indicato **intestato al beneficiario o cointestato, o intestato al genitore in caso di minori:** sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Istituto di Credito/Ufficio Postale \_\_\_\_\_ agenzia di \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

Che tutte le comunicazioni inerenti il mandato di pagamento vengano trasmesse al seguente **indirizzo E-mail/PEC** \_\_\_\_\_.

Samassi, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_