COMUNE DI ADRANO

COMUNE DI BIANCAVILLA

COMUNE DI S.M. DI LICODIA

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CONTO CORRENTE DEDICATO

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente a **in via/piazza** _____ **n.** _____

c.f._____**Tel.**_____**cell.**_____

e-mail_____.

sotto la propria responsabilità è consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

TITOLARE DEL CONTO CORRENTE INTESTATO A _____

IBAN (27 caratteri)

I	T																								

Si chiede che il conto corrente sia intestato o cointestato al richiedente del beneficio

Il/la sig./ra_____autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy che qui si intende integralmente richiamata

Data _____ FIRMA

_____