

**Al Dirigente del II Settore
Servizi di Gestione Finanziaria e Contabile
Comune di Falconara Marittima
Dott. M. Pierpaoli**

**Al
Coordinatore
Ambito Territoriale Sociale n. 12
Comune di Falconara
Marittima
Dott.ssa B. Giacconi**

**Oggetto: MODALITA' DI PAGAMENTO. COMUNICAZIONE DATI PER EROGAZIONE ASSEGNO
DI CURA – PERIODO 01/01/2026 - 31/12/2026.**

- In riferimento a quanto richiesto si comunicano i dati del **soggetto beneficiario** del Contributo in oggetto:

Cognome _____ e
nome: _____

Residente in Via _____ Comune

Recapito _____ telefonico

Indirizzo
mail _____

Codice Fiscale

- In riferimento a quanto richiesto si comunicano i dati del **soggetto identificato alla riscossione** del Contributo in oggetto (da compilare nel caso in cui il soggetto che riscuote non coincida con il soggetto beneficiario del contributo):

Cognome _____ e
nome: _____

Residente in Via _____ Comune

Recapito _____ telefonico

Indirizzo

mail _____

Codice Fiscale

In qualità di:

- Familiare
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Responsabile dell'assistenza del/la Sig/ra:

PER IL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO:

BARRARE LA CASELLA SULLA MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA E COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE CON TUTTI I DATI RICHIESTI – NON SARANNO AMMESSE RICHIESTE DI ACCREDITO SU LIBRETTO POSTALE, POST PAY , PAYPAL o similari:

Accredito sul conto corrente bancario intestato a:

CIN __ N° di C/C

ABI _____ Banca _____

CAB _____ Filiale _____

IBAN _____

Accredito sul conto corrente postale n. _____ intestato a: _____

ABI _____ CAB _____ CIN _____

Filiale _____

IBAN _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 sul trattamento dei dati personali (Privacy) informiamo che i vostri dati sono conservati presso il nostro archivio informatico, e saranno utilizzati esclusivamente per uso amministrativo derivante dalla attività comunale. Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di

chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento.

Si ricorda che la modulistica dovrà essere OBBLIGATORIAMENTE compilata in ogni sua parte e che non saranno ammesse comunicazioni di dati incomplete.

Si allega obbligatoriamente un documento d'identità valido del soggetto intestatario del C/C indicato.

Firma (del soggetto intestatario del C/C indicato) _____

Data _____