XIX ATS
XIX AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

Modello autochiarazione IBAN

OGGETTO: INDICAZIONE COORDINATE BANCARIE CAREGIVER FAMILIARE.

Il Sottoscritto _____ nato a_____prov. _____ il _____ cod. fisc._____residente a _____ in via_____prov._____ in qualità di **caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale** alla Sig. / Sig.ra _____ .

Acconsento che le eventuali provvidenze economiche erogate dall'ATS 19–Ente capofila Comune di Fermo a seguito della formulazione della graduatoria per il bando **"FONDO CAREGIVER"** vengano corrisposte tramite versamento sul conto corrente intestato o cointestato a me medesimo con le seguenti coordinate bancarie :
Istituto Bancario_____ Sede/ Filiale_____

CODICE IBAN

- Allego documento bancario contenente le coordinate bancarie del nuovo conto corrente

Dichiaro che le notizie fornite nel modulo ed i documenti allegati rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75, 76 D.P.R. 445/2000)

LUOGO E DATA FIRMA

INFORMATIVA ai sensi dell'art 13 del Codice della Privacy (D.Lgs. 31/06/2003 n. 196) , e succ. mod. ed integr.

La informiamo che i dati personali e sensibili da lei forniti e quelli che eventualmente fornirà anche successivamente formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Tali dati verranno trattati per finalità di rilevante interesse pubblico (ai sensi dell'art 73 comma 2 lett. B del Codice Privacy) connesse e strumentali esclusivamente alla richiesta di integrazione documenti.

La informiamo, inoltre, che i suoi dati potranno essere trattati anche da Enti Pubblici e privati coinvolti nell'attività connessa alla richiesta di integrazione documenti.

_____ _____

LUOGO E DATA FIRMA