

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
 il _____, residente a _____ Via _____ n. _____
 nella sua qualità di tutore / rappresentante legale di _____
 (minore di 18 anni o interdetto) nat. a _____ il _____

**CHIEDE L' ACCREDITO DELLE EVENTUALI PROVVIDENZE ECONOMICHE
 SPETTANTI IN QUALITA' DI INVALIDO CIVILE, CIECO CIVILE O SORDOMUTO
 PRESSO**

UFFICIO POSTALE DI : _____

allo sportello cod.ABI _____ cod. CAB/FRAZIONARIO _____

sul conto corrente postale a me intestato o cointestato

sul Libretto di Risparmio nominativo a me intestato o contestato

Qualora il pagamento della pensione debba essere effettuato con accredito su conto corrente postale o su libretto di risparmio nominativo, è necessaria la compilazione della parte sottostante.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO POSTALE

POSTE ITALIANA S.p.A. Agenzia di _____

Indirizzo _____ n. _____

COORDINATE POSTALI: Cod. IBAN _____ Cod. BIC _____

firma del funzionario _____

TIMBRO DELL'UFFICIO POSTALE

Data _____

BANCA : _____

allo sportello cod.ABI _____ cod. CAB _____

sul conto corrente a me intestato o cointestato

sul Libretto di Risparmio nominativo a me intestato o contestato

Qualora il pagamento della pensione debba essere effettuato con accredito su conto corrente bancario o su libretto di risparmio nominativo, è necessaria la compilazione della parte sottostante.

SPAZIO RISERVATO ALLA BANCA

BANCA _____ **AGENZIA** _____

Indirizzo _____ n. _____

COORDINATE BANCARIE: Cod. IBAN _____ Cod. BIC _____

firma del funzionario _____

TIMBRO DELLA BANCA

Data _____

Luogo _____

Data _____

FIRMA _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 della D. Lgs. n. 196/03

I DATI SOPRA RIPORTATI SONO PRESCRITTI DALLE DISPOSIZIONI VIGENTI AI FINI DEL PROCEDIMENTO PER CUI SONO RICHIESTE E VERRANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER TALE SCOPO.