

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
 ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE E
 POLITICHE SOCIALI
 Struttura organizzativa invalidità civile e tutele
 Ufficio invalidità civile
 Loc. La Croix-Noire – Via Croix-Noire, 44
 11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)
 Tel. 0165/274635 – fax 0165/274626

RICHIESTA DI RISCOSSIONE BENEFICIO INVALIDITA' CIVILE

Il sottoscritto
 nato il a (provincia)
 residente in Prov. C.A.P.
 Via/Fraz tel./cell.....
 Codice fiscale invalido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo:
 presso
 nato il a (provincia)
 residente in Prov. C.A.P.
 Via/Fraz tel./cell.....
 Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

di riscuotere le provvidenze nel seguente modo:

- accreditalamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale è **titolare o cointestatario** presso la banca/posta
 sportello

 indirizzo cap

IBAN

I	I	T
---	---	---

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Preso atto e d'accordo con quanto sopra (firma del/i **cointestatario/i** del conto suindicato)

Nome e Cognome	Indirizzo	Firma

autorizzando l'Amministrazione Regionale all'eventuale **recupero** di somme erogate e non spettanti per mancanza di uno dei requisiti previsti dalla legge o per decesso del titolare della provvidenza economica.

QUADRO A

.....
 (data)

.....
 (timbro e firma della banca/posta)

.....
 (firma beneficiario)

(in caso di incapacità/impossibilità o temporaneo impedimento a firmare compilare il quadro C o D a pag. 2)

OPPURE ⇨