



Comune di Porto Torres
provincia di Sassari

Area AA.GG. Personale, Contratti, Sport, Cultura, Turismo, Politiche Sociali

Settore Servizi Sociali

All. 3

Al Comune Di Porto Torres
Al Dirigente dei Servizi Sociali

Oggetto: Conferimento DELEGA all'incasso programma regionale "Mi prendo cura"

DATI DELEGANTE

Il/la sottoscritto/a Sig/ra _____
nato/a a _____ (prov _____), Il _____
Codice Fiscale _____

in qualità di

- Beneficiario
- Familiare di riferimento
- Amministratore Di Sostegno / Tutore

DATI BENEFICIARIO (SE DIVERSO DAL DELEGANTE)

Sig/ra _____
nato/a a _____ (prov _____), Il _____
Codice Fiscale _____

Con la presente conferisce

DELEGA

all'incasso del finanziamento regionale

DATI DELEGATO

Sig/ra _____
nato/a a _____ (prov _____), Il _____
Codice Fiscale _____



Comune di Porto Torres
provincia di Sassari

Area AA.GG. Personale, Contratti, Sport, Cultura, Turismo, Politiche Sociali

Settore Servizi Sociali

CHIEDE, INOLTRE che il contributo/ sussidio venga erogato nella seguente modalità:

O - Bonifico c/o c.c. bancario/postale alle coordinate indicate nel documento bancario allegato (non sono ammessi libretti postali, Postpay e Carte Ricaricabili)

Intestato a

Sig./Sign.ri/Coop/Associazione_____

Dichiaro Inoltre di

- sollevare il Comune di Porto Torres da ogni responsabilità.
- di essere informato e accetto che il pagamento avvenga esclusivamente a favore del delegato.

Si allega alla presente:

- documento di identità del delegante e del delegato ;
- eventuale copia del provvedimento del tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- **copia documento bancario con coordinate IBAN**

Luogo e data _____

Firma del delegante

Sig./Sig.ra _____ Firma _____

Firma del delegato

Sig./Sig.ra _____ Firma _____