


| | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|------------|
|  Regione Lombardia ASL Varese | Direzione Sociale | data di emissione: 09.11.2011 | ALL. 04 |
| | Modulo per liquidazione contributo | revisione n°: 07 | pag.1 di 1 |

AL DIPARTIMENTO SVILUPPO E SUSSIDIARIETA' A.S.S.I.
U.O. Attività di Settore e Interventi Innovativi

COGNOME E NOME del beneficiario

Via _____ n. _____

Località _____ CAP. _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____

COGNOME E NOME genitore altro familiare tutore amministratore di sostegno

Via _____ n. _____

Località _____ CAP. _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____

Modalità pagamento (barrare una modalità):

Banca _____

Filiale di _____

IBAN _____

C/C bancario n. _____

C/C postale n. _____

intestato a _____

Codice Fiscale _____

Assegno di bonifico (solo per contributi inferiori a € 1.000,00)

Allegare al presente modulo copia del codice IBAN.

Data, _____

Firma beneficiario _____

Firma del richiedente se diverso dal beneficiario _____