

### DELEGA DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO 'MI PRENDO CURA' ANNUALITA' 2023 - 2022

Il sottoscrittore della presente è consapevole ai sensi di cui all' artt. 46, 47 e e per gli effetti di cui all'art. 76 del testo unico di cui al D.P.R. 445/2000, delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di falsità in atti e del fatto che l'Amministrazione ai sensi dell'art. 71 del citato testo unico, si riserva la facoltà di effettuare controlli anche a campione sulle dichiarazioni prodotte, acquisendo la relativa documentazione.

Il/La sottoscritto/a  Nato/a a

il  Codice Fiscale

Numero di telefono  EMAIL

in qualità di

- diretto interessato
- rappresentante legale di

Sig./Sig.ra  Nato/a a

il  Codice Fiscale

Numero di telefono  EMAIL

### DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Il Sig./Sig.ra  nato/a a  il

residente a , in Via  n. ,

codice fiscale: , intestatario del codice di conto corrente:

IBAN  (27 caratteri)

Luogo e data

FIRMA

**BENEFICIARIO/RAPPRESENTANTE LEGALE**

---

ATTENZIONE: il presente documento dovrà essere compilato in tutte le sue parti, scannerizzato e caricato nella piattaforma all'atto dell'integrazione documentale (seconda fase della richiesta del contributo 'Mi prendo cura' disponibile dal **01 marzo 2024** al **31 marzo 2024**).

*Servizio Politiche Sociali - Ufficio Anziani e Disabili*

protocollogenerale@comune.cagliari.legalmail.it

servizi.sociali@comune.cagliari.it