



ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
 ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE E
 POLITICHE SOCIALI
 Struttura invalidità civile e interventi per la disabilità
 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:

QUADRO A

accreditamento su conto corrente o mediante l'utilizzo di altri strumenti di pagamento elettronici, del quale
l'invalido civile è titolare o cointestatario presso la banca/posta
 Sportello
 indirizzo cap
 Non è ammesso IBAN POSTE ITALIANE SPA Filiale POSTE LIBRETTI ABI: 07601 CAB: 03384
 IBAN

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

CINABICABNUMERO CONTO

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.

.....
 (data)

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

.....
(firma beneficiario)

OBBLIGO DI VIDIMAZIONE DA PARTE DELLA BANCA/POSTA
--

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

OPPURRE ⇨