



# DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/21 AGIRA

## AUTOCERTIFICAZIONE DEL CONTO CORRENTE DEDICATO

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
MAIL \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ TITOLARE DEL CONTO CORRENTE IBAN (27  
CARATTERI) I T \_\_\_\_\_

Si chiede che il conto corrente sia intestato o cointestato al richiedente il beneficio

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_