

Il/la sottoscritto/a _____ nato/ a _____
a _____ Prov. _____ e residente in _____ via _____
_____ n. _____ Rec. Tel. _____
e-mail _____ pec _____

[illegible]

☐ caregiver del disabile gravissimo

che il pagamento delle somme spettanti il **“Bonus caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi”** sia effettuato nella seguente modalità:

- ☐ accreditato su c/c bancario o postale (**no libretto /conto di risparmio**)
- ☐ carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni)

(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

[illegible]

- Addì _____