CONSORZIO INVIZ SOCIALI

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE LAZIO

Modello "B"

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNUALITA' 2025

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto – Genitore / Tutore / Amministratore di Sostegno :

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)			

E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data_____

Firma

_____

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico entro il 31.01.2026.

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri -Ministro per le disabilità