# UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS UFFICIO DI PIANO

**AMBITO SARRABUS GERREI**

**MODELLO B**

**DELEGA ALLA RISCOSSIONE**

Il/La sottoscritto/a Residente a in via/loc. Codice fiscale  tel/cell In qualità di:

## Beneficiario del voucher Home Care Premium 2019

* **Responsabile/dante causa del Piano “Home Care premium 2019”**

**DELEGA ALLA RISCOSSIONE**

**del contributo per le prestazioni integrative**

sotto la propria responsabilità, e sollevando fin d'ora l’Unione dei Comuni del Sarrabus da ogni e qualsiasi responsabilità in merito

Il Soggetto erogatore

con sede legale (Comune) P. IVA

Rappresentante legale e- mail/Pec Tel.

Con le seguenti modalità:

* rimessa diretta;
* con accredito su c/c bancario/postale

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Firma del delegato Firma del delegante

***ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’IN CORSO DI VALIDITA’ DEI FIRMATARI***