



ARMUNGIA



BALLAO



CASTIADAS



MURA/VERA



SAN NICOLO'



SAN VITO



SILIUS



VILLAPUTZU



VILLASALTO



VILLASIMIUS

**UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS
UFFICIO DI PIANO
AMBITO PLUS 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 2022**
- Responsabile/dante causa del Piano "Home Care premium 2022"**

**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
