**Modello 2**

**COMUNICAZIONE ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO MENSILE MISURA B1**

**(NON POSSIBILE SU LIBRETTI POSTALI)**

Il sottoscritto _____, a completamento dell'istanza per l'ammissibilità alla misura B1 a favore di _____,

**COMUNICA**

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

☐ intestato alla persona affetta da disabilità gravissima (senza altri cointestatari)

☐ cointestato alla persona affetta da disabilità gravissima, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ **(in caso di soggetto minorenne)** intestato/cointestato ai seguenti genitori

**Genitore A**

Cognome e nome del intestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Genitore B**

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data____/____/_____ Firma _____