



COMUNE DI DOLIANOVA

PROVINCIA DI CAGLIARI

PIAZZA BRIGATA SASSARI

UFFICIO SERVIZI SOCIALI E ALLA PERSONA

TEL. 070/7449312

C.A.P. 09041

P.I. 01331060929

FAX 070/7449335

www.comune.dolianova.ca.it

C.F. 80004050920

-----#####*§§#####-----

Al Comune di Dolianova
Settore Servizi Sociali e alla Persona

OGGETTO: Comunicazione Variazione Coordinate Bancarie (IBAN)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a
a _____ il ___ / ___ / _____ Residente a
_____ in via _____ n. _____ Codice
Fiscale: _____ Telefono: _____
_____ Email: _____

COMUNICA

In relazione all'erogazione del rimborso/contributo _____
comunica che a far data dal ___ / ___ / _____ l'accredito dovrà essere effettuato sulle nuove
coordinate bancarie di seguito indicate:

AVVISO IMPORTANTE: Ai fini dell'accredito sono validi esclusivamente conti correnti bancari,
conti correnti postali o carte prepagate con IBAN. **NON sono ammessi IBAN relativi a Libretti
Postali.**

IT _____

Banca / Ufficio Postale: _____
Agenzia/Filiale di: _____

Il conto corrente sopra indicato è (barrare la voce d'interesse):

[] Intestato al beneficiario del contributo.

[] Cointestato tra il beneficiario e: _____

[] Intestato a (nel caso di beneficiario minorenni o tutelato):

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che:

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni ulteriore variazione.

È consapevole che la presente comunicazione sostituisce ogni precedente disposizione in merito.

Documenti da allegare obbligatoriamente:

1. Fotocopia del **documento d'identità** in corso di validità del sottoscritto.
2. Documentazione bancaria/postale in cui si evinca chiaramente l'**intestazione e l'IBAN** (es. testata estratto conto o screenshot app).

Luogo e Data: _____

Firma del Dichiarante: _____