

MODULO DI SCELTA DELLE MODALITA' DI PAGAMENTO

(da compilarsi a cura del solo familiare delegato)

Il sottoscritto _____
designato congiuntamente quale familiare delegato a ricevere, per sé e per conto degli altri richiedenti, il contributo a favore delle vittime di infortuni sul lavoro ai sensi dell'art. 56 della legge regionale 18/2005, al fine di poter provvedere all'incasso della somma che l'Amministrazione regionale rimetterà,

CHIEDE

che il pagamento stesso venga effettuato mediante la modalità di seguito indicata:

- Accredito sul seguente **conto corrente bancario**:

intestato a . _____

Istituto di Credito: . _____

Agenzia/Filiale/Sede . _____ di . _____

Indirizzo: _____

Coordinate bancarie:

Codice Paese	Codice di controllo	CIN	ABI	CAB	Numero conto corrente

- Accredito sul seguente **conto corrente postale**:

intestato a . _____

Ufficio postale: _____

Agenzia/Filiale/Sede . _____ di . _____

Indirizzo: _____

Coordinate postali:

Codice Paese	Codice di controllo	CIN	ABI	CAB	Numero conto corrente

Dichiara, altresì, di esonerare la Direzione centrale competente e la Tesoreria regionale da ogni responsabilità per errori in cui le medesime possano incorrere in conseguenza di inesatte indicazioni contenute nella presente istanza.

Si impegna sin d'ora a comunicare tempestivamente eventuali variazioni da apportare alla modalità di erogazione del contributo prescelta.

(località e data)

firma del dichiarante (leggibile)