PROGRAMMA REGIONALE VENETO

FONDO SOCIALE EUROPEO plus 2021-2027

*Progetto:*

*“Sostegno nella gestione dei carichi assistenziali della persona anziana, di norma ultrasessantacinquenne, non autosufficiente in stato di comprovata vulnerabilità” Periodo 2024-2025”*

*DGR n.752 del 02 luglio 2024*

**MODULO RICHIESTA AGGIORNAMENTO DATI COMUNICATI ALL’ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO (AVVISO PUBBLICO DGRV 752/2024)**

(Variazione dell’IBAN del destinatario del beneficio/legale rappresentante,

del delegato alla riscossione, aggiornamento dei dati di contatto)

**Nota bene:** questo modulo deve essere compilato e sottoscritto completando esclusivamente i campi previsti e non deve essere modificato nelle altre sue parti, pena la non accettazione della richiesta.

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA |
| COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA | PROV. | CODICE FISCALE |
| COMUNE DI RESIDENZA | CAP | VIA e N. CIVICO | PROV. |
| TELEFONO/CELLULARE  | E-MAIL  | PEC  |

in riferimento alla domanda di contributo:

**ID DOMANDA n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del giorno\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** presentata

□ a proprio favore (non compilare la tabella sottostante qualora il richiedente e la persona non autosufficiente per la quale è stata presentata la domanda sono la stessa persona)

□ a favore di (compilare la tabella sottostante indicando i dati relativi alla persona non autosufficiente (soggetto direttamente interessato) per la quale è stata presentata la domanda di contributo.

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME  | NOME |
| DATA DI NASCITA | COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA | PROV. |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CHIEDE**

(indicare una delle opzioni)

[ ] la variazione dell’IBAN del destinatario del contributo

[ ] la variazione dell’IBAN del legale rappresentante

[ ] la variazione del legale rappresentante delegato alla riscossione

[ ] l’aggiornamento dei dati di contatto

Alla presente richiesta devono essere **obbligatoriamente** allegati:

* Copia della carta d’identità, in corso di validità, del soggetto anziano non autosufficiente direttamente interessato al contributo.
* Copia della carta d’identità, in corso di validità, del soggetto che presenta questa richiesta.
* Copia della carta d’identità, in corso di validità, del titolare del nuovo conto corrente (nel caso di variazione del legale rappresentante delegato alla riscossione).
* Documentazione attestante la qualifica di tutore, curatore (art. 424 cod. civ.), amministratore di sostegno del destinatario (L. n, 6/2004), altro soggetto dotato di procura speciale/generale ad agire in nome e per conto del destinatario (per esempio, provvedimenti del giudice tutelare, verbale di accettazione e immissione in funzioni, documenti che attestano la procura).

Il sottoscritto chiede la liquidazione del contributo mediante accredito sul conto corrente bancario/postale sotto indicato, a partire dal giorno…………………………. (non è possibile l’accredito delle somme su libretto di risparmio bancario o postale):

|  |
| --- |
| INTESTATARIO |
| BANCA/ UFFICIO POSTALE |
| AGENZIA |
| INDIRIZZO |
| IBAN (27 CARATTERI)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paese** | **CIN EUR** | **CIN** | **ABI** | **CAB** | **Numero C/C** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2lettere | 2 numeri | 1lett. | 5 numeri | 5 numeri | 12 numeri |

 |

***CONTITOLARI DEL CONTO CORRENTE (se presenti)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***COGNOME*** | ***NOME***  | ***CODICE FISCALE*** | ***FIRMA*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Aggiornamento dati di contatto.**

Indicare i contatti aggiornati a cui l’Amministrazione farà riferimento per ogni necessità:

Cognome Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***MODALITA’ DI INVIO DEL PRESENTE MODULO***

La presente richiesta, debitamente sottoscritta, e i suoi allegati devono essere trasmessi scegliendo una delle seguenti modalità:

* PEC: protocollo.azero@pecveneto.it
* Mail PEO: progetto.dgr752-2024@azero.veneto.it
* Raccomandata postale all’indirizzo: “Azienda Zero - Passaggio Luigi Gaudenzio, 1 - 35131 Padova”

|  |  |
| --- | --- |
| Data…………….………………….. | Firma del RICHIEDENTE…………………………………………………..…………………………..(*firma leggibile*) |