

All'Amministrazione Comunale di  
TORRE DI MOSTO (VE)

Oggetto: **DICHIARAZIONE COORDINATE BANCARIE PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI**

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ dichiara che il  
contributo relativo al procedimento di cui alla DGR n. 1024/2020 "Assegno prenatale", dovrà  
essere accreditato sul conto corrente sotto riportato:

accredito su conto corrente bancario n.     accredito su conto corrente postale n.

Paese	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	Conto corrente

Istituto di credito \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

*(il conto corrente deve essere intestato al beneficiario/richiedente e non deve essere un libretto postale)*

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_