ATTESTAZIONE PER PAGAMENTO PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEL REDDITO

IL/La sottoscritto/a

COGNOME_____**NOME**_____

nato/a _____**il**___/___/_____

residente a **SPINEA** in

Via_____n°_____cap.30038

C.F. ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊ ⌊

Poiché ho chiesto la seguente prestazione

_____

Chiedo il pagamento con

- Bonifico domiciliato presso l'Ufficio Postale
- Conto corrente bancario o postale – libretto postale –carta di pagamento dotata di IBAN

Presso: Banca/Posta …… Agenzia ……..

Città ……

- **Sul mio conto corrente nominativo – codice IBAN**

  ⌊

  Data/firma funzionario timbro Banca/Poste

  _____ _____

- **Sul mio libretto postale – codice IBAN**

  ⌊

  Data/firma funzionario timbro Poste

  _____ _____

- **Su Carta prepagata n. _____ – codice IBAN**

  ⌊

  Data/firma funzionario timbro Banca/Poste

  _____ _____

DICHIARO che l'IBAN indicato è a me intestato

Data …… Firma ……..