**OGGETTO: Procedura agevolata per l’emissione dei CONTRIBUTI**

Il/La sottoscritto/a titolare della domanda

**CHIEDE**

che il pagamento delle somme dovute da ASP Cav. Marco Rossi Sidoli, siano effettuate con le modalità sottoindicate:

 ACCREDITO SU C/C BANCARIO

presso l’Istituto Bancario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IT ABI CAB C/C n.

 RITIRO DELLA SOMMA DOVUTA PRESSO GLI SPORTELLI DELLA TESORERIA DI ASP CAV. MARCO ROSSI SIDOLI QUALORA NON SI SIA IN POSSESSO DI UN CONTO CORRENTE BANCARIO (in tal caso si verrà contattati direttamente da ASP per ricevere le delucidazioni del caso).

FIRMA Intestatario della domanda o suo delegato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_