

**Richiesta di accreditalmento in conto corrente bancario di pensioni, assegni ed  
indennità spettanti a invalidi civili, ciechi civili e sordomuti**

Alla Prefettura di PIAZZATORRE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

titolare di (1):     pensione     assegno     indennità

in qualità di (2):     invalido     civile     cieco civile     sordomuto

**CHIEDE**

l'accreditalmento della/e provvidenza/e de cui sopra sul conto corrente bancario n° \_\_\_\_\_  
intrattenuto presso (indicare Istituto di Credito e sportello bancario)

e si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal disposto  
accreditalmento.

Firma

Piazzatorre, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1 – Barrare la/e provvidenza/e in godimento

2 – Barrare la categoria di appartenenza

<b>RISERVATO ALL'AZIENDA DI CREDITO</b>	Azienda di Credito ..... Agenzia .....				
	Indirizzo ..... C.A.P. .... Città .....				
	<b>COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE</b>				
	Az. di Cred.	<b>CAB</b> Sportello	<b>Nr. Conto</b>		
	<b>COORDINATE DELL'ASSISTITO</b>				
	Cod. Amm/ne	C	NUMERO IDENTIFICATIVO	CAT.	FASCIA
	Data _____		Firma _____		