

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

Alla Prefettura di .....

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
 residente in ..... Via ..... n. ....  
 C.A.P. ....

titolare di ..... (pensione, assegno, indennità - indicare provvidenza/e in godimento)

in qualità di .....(invalido civile, cieco civile, sordomuto – indicare la categoria di appartenenza)

**CHIEDE**

l'accREDITamento 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 accreditamento.

Data .....

Firma

.....

<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
	<b>80100</b>	<b>C</b>			
	Data .....		Firma .....		