



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/21 AGIRA

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CONTO CORRENTE DEDICATO

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____

(27 CARATTERI) I T _____

Si chiede che il conto corrente sia intestato o cointestato al richiedente il beneficio

_____ li _____

Firma
