

## ALLA SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

### ATTIVAZIONE

- **CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE PER ASSISTENTE FAMILIARE** /\_/\_/
- **CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE PER RETE FAMILIARE** /\_/\_/

In riferimento alla VS comunicazione di possibilità di attivazione, si chiede l'attivazione, con

decorrenza dal \_\_\_\_\_, del contributo succitato per \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Dell'importo di \_\_\_\_\_ euro.

Detto importo sarà accreditato sul c/c intestato/a a \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Se il c/c non è intestato o cointestato al beneficiario del contributo oppure se si sceglie il pagamento per cassa (presso le filiali della CRF) occorre indicare i seguenti dati del delegato alla riscossione:

Delegato: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Case Manager \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_