ALL. B

(Art. 47 L.R. n.4 /10) " Trasp. Scol. Dis " **a.s.2015/2016**

Oggetto: **Richiesta di accesso contributo**

Al Sig. Dirigente
7° Settore- Servizio Politiche Sociali
Provincia di Taranto
Via Anfiteatro, 4
74123 - Taranto

*** La compilazione del presente modello è a colui o colei che sottoscrive la domanda , pena l'esclusione dal beneficio.**

Cognome_____ Nome _____

nat a _____ il _____ , residente a _____

_____ _____) via _____ n° _____

Numeri telefonici utili:

casa _____ **lavoro** _____

cell. _____

MODALITA' DI RISCOSSIONE:

Si autorizza l'accreditamento a mezzo bonifico Bancario o Postale :

sul c/c	N.															

IBAN																										

Intestato a (colui o colei che ha sottoscritto la domanda) :

Istituto bancario o Ufficio postale	filiale

Data _____

** FIRMA _____

** (valida anche ai sensi della Legge sulla privacy D.Lgs. n. 196/2003)

Allega i seguenti documenti (in modo chiaro e leggibile)
- fotocopia Codice fiscale o tessera sanitaria
- fotocopia codice IBAN

PROVINCIA DI TARANTO