



COMUNE DI ARAGONA

(Provincia di Agrigento)

5° SETTORE

SUAP - COMMERCIO E ARTIGIANATO - RAPPORTI SOCIALI - SERVIZI ALLA PERSONA

AVVISO

APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE DELL' ELENCO DEFINITIVO DEGLI AMMESSI AL BENEFICIO DELLE RISORSE DESTINATE AI DISABILI GRAVI PER L'ANNO 2017; MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE.

(art. 1, comma 9, della L.R. n. 8/2017)

Oggi è stata pubblicata all'Albo pretorio on-line la determinazione dirigenziale di questo 5° Settore, n. 31 del 01.10.2020, RUD n. 732, ad oggetto: **«risorse destinate ai disabili gravi, per l'anno 2017, ai sensi dell'art. 1, co. 9, della L.R. 8/2017; approvazione elenco definitivo degli ammessi; determinazione importo per singolo beneficiario; liquidazione del beneficio».**

L'elenco approvato è stato pubblicato nel rispetto delle indicazioni fornite dal Garante della Privacy con provvedimento n. 49 del 07.02.2013.

Entro il 16 ottobre 2020 gli ammessi al contributo dovranno presentare dichiarazione indicante il codice IBAN del conto corrente sul quale effettuare il bonifico bancario, utilizzando il modulo allegato al presente avviso. Decorso tale termine la liquidazione del contributo a coloro che non hanno presentato detta dichiarazione sarà effettuata per cassa, con bonifico domiciliato.

Aragona, 1 ottobre 2020

Il Responsabile 5° Settore

GIOVANNI PAPIA

f.to

Dichiarazione codice IBAN per liquidazione con bonifico bancario del beneficio economico destinato ai disabili gravi – anno 2017 – ai sensi dell'art. 1, comma 9, della L.R. 8/2017; rif. determinazione dirigenziale n. 31 del 01.10.2020, RUD n. 732.

Il/la sottoscritto/a (la stessa persona che ha formulato l'istanza)

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	
CELL.	
E-MAIL	

richiedente il beneficio in oggetto, facendo seguito alla domanda presentata per il/la disabile:

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

nonché alla determinazione dirigenziale di approvazione dell'elenco degli ammessi al beneficio in oggetto, comunica il codice IBAN del conto corrente sul quale effettuare il bonifico bancario del contributo concesso:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole del fatto che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71 e 72 del succitato D.P.R., delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il CODICE IBAN sopra indicato SI RIFERISCE A CONTO CORRENTE INTESTATO:

- al DISABILE;
- al DISABILE e al/alla sottoscritto/a RICHIEDENTE;
- al/alla sottoscritto/a RICHIEDENTE, nel qual caso dichiara:

.....
.....
.....

ARAGONA,

FIRMA