INDICO

la seguente modalità per il pagamento del contributo:
(indicare il conto corrente intestato o cointestato alla richiedente)
Intestatario/i_____
Codice IBAN

Io sottoscritta/o presa visione delle informazioni e del trattamento dei dati personali (presente agli atti dell'ufficio e disponibili sulla pagina internet www.asl.fr.it/ufficio-privacyautorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e dichiaro di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità di cui alla DGR 493 del 28 luglio 2020.

DICHIARO

- di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendacie/odi falsità in atti, sarò soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma (per esteso e leggibile)

_____