



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
