



**Comune di Villaricca**  
*Città Metropolitana di Napoli*  
*Ufficio Servizi Sociali*

## **AVVISO PRESENTAZIONE ISTANZE ASSEGNO DI CURA FNA 2024**

**SI COMUNICA CHE CON DETERMINA DIRETTORIALE N. 14 DEL 15/10/2025 L'AZIENDA CONSORTILE SOL.A.R.I.S. HA APPROVATO L'AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI ASSEGNI DI CURA E VOUCHER PER DISABILI GRAVISSIMI E DISABILI GRAVI A VALERE SUL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) 2024.**

LE DOMANDE DEI RESIDENTI NEL COMUNE DI VILLARICCA DOVRANNO PERVENIRE, CON LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA NELL'AVVISO CHE QUI SI RIPORTA INTEGRALMENTE, A MEZZO PEC ALL'INDIRIZZO [PROTOCOLLO.VILLARICCA@ASMEPEC.IT](mailto:PROTOCOLLO.VILLARICCA@ASMEPEC.IT) OPPURE CON CONSEGNA CARTACEA PRESSO L'UFFICIO SERVIZI SOCIALI IL LUNEDI' ED IL GIOVEDI' MATTINA DALLE ORE 09.30 ALLE ORE 12.00.

SI RICORDA CHE LA SCADENZA ULTIMA, COME INDICATO NELL'AVVISO PUBBLICO DI SOL.A.R.I.S., E' IL 31 OTTOBRE 2025.

VILLARICCA, 17.10.2025

IL CAPO SETTORE  
DOTT.SSA MARIA TOPO

## AVVISO PUBBLICO

PER L'EROGAZIONE DI ASSEGNI DI CURA E VOUCHER PER DISABILI GRAVISSIMI E DISABILI GRAVI-  
DGR N.121 DEL 14/03/2023 E DGR. N. 70 DEL 20/02/2024.

L'AMBITO SOCIALE N16 – AZIENDA SPECIALE CONSORTILE SOL.A.R.I.S.

La Regione Campania promuove ed attiva il programma di **Assegni di Cura** per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti in condizioni di disabilità grave e gravissima (ex art. 3 del D.M. 26/09/2016) che necessitano di assistenza continua 24 ore al giorno e per sostenere i loro familiari nel carico di cura.

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 121 del 14/03/2023 ha approvato il *Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024* e la DGR n.70 del 22/02/2024 ha emanato le nuove determinazioni ed indicazioni per l'erogazione degli **Assegni di cura**.

Gli **Assegni di cura** costituiscono una forma di assistenza sociale domiciliare indiretta, assicurata dagli Ambiti Territoriali Sociali attraverso erogazioni finanziarie in favore di persone non autosufficienti ovvero con disabilità assistite a domicilio, in sostituzione di prestazioni professionali di assistenza domiciliare per la parte e per le prestazioni di competenza del sistema di welfare sociale, prioritariamente in integrazione con prestazioni di natura sanitaria da erogarsi a cura del S.S.R., qualora necessarie. Detti **Assegni di cura** consentono alla persona non autosufficiente o disabile, ovvero ai suoi familiari, di contrattualizzare in autonomia uno o più assistenti familiari per l'assistenza al domicilio. Non sono riconosciuti quali forme di sostegno al reddito o di contributi economici.

L'Assegno di Cura ha l'obiettivo di:

- favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti anche in condizioni di alto carico assistenziale o disabilità gravissima;
- facilitare le famiglie nell'assunzione del carico di cura, anche quando siano in condizioni di difficoltà economica, sostenendole nell'acquisizione in autonomia delle prestazioni di assistenza domiciliari, anche temporanee;
- contrastare le situazioni di indigenza economica potenzialmente derivante dagli oneri per la cura di una persona in condizioni di disabilità o non autosufficienza;
- favorire il rientro a domicilio, anche temporaneo, di persone in condizioni di non autosufficienza o disabilità ricoverate presso strutture sociali o sociosanitarie.

A tal fine l'Azienda Speciale Consortile SOL.A.R.I.S. dell'Ambito N16,

### RENDE NOTO

che con l'attuazione del *nuovo Piano Regionale Non Autosufficienza (2022-2024)* possono accedere al beneficio previsto con l'*assegno di cura* tutti i cittadini con pari diritti, sia che sono **già percettori** del contributo e per i quali non è prevista una rivalutazione socio-sanitaria ma esclusivamente un aggiornamento/sottoscrizione del progetto assistenziale personalizzato, sia i nuovi richiedenti per i quali è prevista una valutazione, previa convocazione, da parte della commissione di valutazione integrata U.V.I., presso il Distretto Sanitario competente per la valutazione e la definizione del **Progetto assistenziale personalizzato**.

## EMANA IL SEGUENTE AVVISO

### 1. I BENEFICIARI

Sono destinatari del presente avviso le persone non autosufficienti in possesso, alla data della presentazione della domanda, del riconoscimento ai sensi della Legge 104/92, art. 3 comma 3, dello stato di persona in condizioni di disabilità gravissima e/o gravi che siano titolari dell'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS e residenti in uno dei Comuni dell'Ambito N16 (Calvizzano, Melito di Napoli, Mugnano di Napoli, Qualiano e Villaricca).

Non possono presentare richiesta coloro che usufruiscono di **servizi residenziali** sia **sociosanitari** che **socioassistenziali** e le persone con disabilità con ISEE Socio-Sanitario superiore a € 50.000,00 o € 65.000,00 se si tratti di minori.

#### 1.1 PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

Ai sensi del Decreto Ministeriale del 26/09/2016 art. 3, si intendono *le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 e definite non autosufficienti, ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013, di qualsiasi età e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:*

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- e) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- f) e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla  $\geq 9$ , Hoehn e Yahr mod in stadio 5;
- g) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- h) 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- i) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- j) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI  $\leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;
- k) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

#### 1.2 PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE

Si intendono *coloro che beneficiano dell'indennità di accompagnamento e definite gravi* ai sensi dell'Allegato 3 del DPCM n.159/2013 per i quali, a seguito di valutazione multidimensionale effettuata in sede di UVI con le schede S.V.A.M.A. e S.VA.M.Di. raggiungono un punteggio superiore a 55.

## 2. TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

### 2.1 NUOVE ISTANZE

La domanda compilata e corredata di tutta la documentazione indicata dovrà essere presentata **entro il giorno 31/10/2025** presso gli uffici dei **Servizi Sociali** del Comune di residenza del potenziale beneficiario, secondo il modello di istanza allegato al presente avviso.

Gli utenti dovranno **obbligatoriamente** allegare alla domanda, pena l'esclusione, i seguenti documenti:

- copia documento di riconoscimento del potenziale beneficiario;
- copia documento di riconoscimento del caregiver;
- eventuale nomina tutore e/o amministratore di sostegno;
- copia certificazione indennità di accompagnamento del potenziale beneficiario;
- copia certificazione Legge n. 104/1992 art. 3, comma 3;
- copia attestazione ISEE Socio-Sanitario in corso di validità;
- scheda A della SVAMA o SVAMDI redatta dal medico curante;
- scheda B della SVAMA o SVAMDI redatta dal medico specialista;
- copia della Certificazione IBAN intestata al potenziale beneficiario e/o al suo tutore legale e/o amministratore di sostegno (**non sono validi gli IBAN di libretti di risparmio postali** in quanto non sono abilitati a ricevere bonifici).

### 2.2 UTENTI GIA' BENEFICIARI

Per tutti gli utenti già beneficiari dell'Assegno di cura a valere sul FNA 2023 – annualità 2025, al fine di confermare il requisito, è necessario presentare, **entro il 31/10/2025** presso gli uffici dei **Servizi Sociali** del Comune di residenza (dell'Ambito N16), una richiesta di prosieguo, secondo il modello allegato, e l'Attestazione ISEE Socio-Sanitario in corso di validità. Tale documentazione è necessaria al fine di consentire l'aggiornamento della SVAMA o SVAMDI – Scheda C redatta dall'assistente sociale.

## 3. TIPOLOGIA DI SPESA AMMISSIBILI

Ciascun beneficiario, all'atto della sottoscrizione del **Progetto personalizzato**, si impegna a documentare le spese direttamente riconducibili alla persona non autosufficiente assistito, così come previsto dalla vigente normativa.

L'Ambito N16, con controlli a campione e anche con visite domiciliari del Servizio Sociale, verifica l'effettiva assistenza al beneficiario e la documentazione prodotta e può eventualmente avviare procedimento amministrativo per dichiarare la decadenza dal beneficio in caso ravvisi gravi irregolarità o difformità da quanto programmato.

L'**Assegno di cura** può essere utilizzato a copertura totale o parziale delle spese che i beneficiari sostengono per acquisto di servizi o prestazioni sociali tipiche dei servizi di Assistenza domiciliare socioassistenziale e di Cure Domiciliari integrate, quali:

- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di igiene e cura della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di pulizia della casa (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di lavaggio e cambio della biancheria della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nella preparazione dei pasti della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nello svolgimento delle normali attività quotidiane della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali (anche con assistente personale);
- prestazioni socio educative e di sostegno alle funzioni genitoriali (solo per minori), erogate da educatori professionali o psicologi (per non più del 50% del valore dell'Assegno o del voucher);

- acquisto di ausili e presidi non a carico del SSN;
- trasporto sociale verso diverse destinazioni, volte a favorire la piena partecipazione delle persone non autosufficienti alla vita sociale, formativa e lavorativa (escluso trasporto scolastico), o per facilitare l'accesso alle strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie, ai centri diurni integrati e alla rete di servizi socio-ricreativi ed aggregativi;
- altre tipologie di spesa riferite a servizi coerenti e compatibili con i bisogni assistenziali del beneficiario, come previsti nel PAI.

**I beneficiari dovranno fornire documenti necessari a dare prova della spesa ammissibile che sostengono, fino alla concorrenza di almeno il 70 % dell'importo dell'Assegno, attraverso Contratti di lavoro; incarichi professionali anche temporanei; voucher INPS per l'acquisto di servizi di cura; ricevute di pagamento; bonifici bancari; fatture e/o scontrini parlanti; bollettini con attestazioni di pagamento.**

Saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito.

L'Ambito N16 avvierà azioni di recupero delle cifre erogate in caso di mancata, irregolare ovvero carente documentazione delle spese sostenute ed eleggibili.

#### **4. CRITERI DI PRIORITA' DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA**

- È prioritario il soddisfacimento della platea di utenti definita dalle persone con **disabilità gravissima**;
- Avendo garantito prioritariamente tale platea, nei limiti delle risorse nella disponibilità dell'Ambito N16, è possibile l'ammissione al programma delle persone con **disabilità grave**.

Considerata la gravità delle patologie, alle persone:

- affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica
- in condizione di coma
- in Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC)
- dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)
- in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette

è consentita la presentazione dell'istanza come disabile gravissimo, allegando la ricevuta che attesti la presentazione della *domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile* (necessaria e preliminare al fine dell'ottenimento dell'*accompagnamento*).

Le valutazioni (sanitaria e sociale) andranno effettuate nel minor tempo possibile e l'Ambito N16 dovrà mettere in stato di attesa l'erogazione dell'Assegno/Voucher che sarà immediatamente esigibile quando i requisiti formali saranno completi.

La permanenza nel programma di **Assegni di cura** o di **voucher** per le persone affette da patologie progressivamente ingravescenti o non suscettibili di miglioramenti è determinata senza necessità di rivalutazione, ma solo di aggiornamento del PAI in relazione ad eventuali modifiche della condizione. **Hanno pari diritto di accesso sia gli utenti già beneficiari sia i nuovi richiedenti.**

#### **5. CRITERI DI EROGAZIONE E DURATA DEL CONTRIBUTO**

L'importo dell'assegno di cura sarà parametrizzato entro i limiti delle risorse disponibili, assegnate con decreto dalla Regione Campania, e fino ad un massimo di € 1.200,00 per le persone con disabilità gravissima e di € 600,00 per le persone con disabilità grave.

L'importo sarà soggetto a **riduzioni** e/o **maggiorazioni** come di seguito indicato:

- **RIDUZIONE DEL 40%** nei casi in cui il beneficiario:
  - abbia un **ISEE Socio-Sanitario** superiore a **€ 20.000,00** o a **€ 35.000,00** se si tratta di minori;
  - riceve altre prestazioni di assistenza sociale o sociosanitaria (che alleggerisca il carico di cura della famiglia) anche non domiciliare (es. diurna, esclusa residenziale);
- **RIDUZIONE DI UN ULTERIORE 10%** nel caso in cui ricorrano entrambe le condizioni sopra elencate;

- **MAGGIORAZIONE DEL 10 %** per persone in condizione:
  - di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;
  - dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
  - ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Il contributo sarà erogato esclusivamente dopo la sottoscrizione del *progetto personalizzato* da parte del beneficiario o care giver per una durata massima di 12 mesi e comunque fino a disponibilità delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione Campania.

## **6. CAUSE DI DECADENZA E/O SOSPENSIONE DEL CONTRIBUTO**

Si **decade** dal beneficio del contributo *assegno di cura* nei seguenti casi:

- inserimento permanente in una struttura socio-sanitaria;

Il beneficio del contributo *assegno di cura* sarà invece **sospeso** nei seguenti casi:

- ricovero presso strutture ospedaliere per un periodo superiore a 30 giorni;
- mancata ottemperanza dell'obbligo di rendicontazione di almeno il 70% dell'importo erogato delle spese sostenute indicate nel P.A.I.

## **7. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

Il Responsabile del Procedimento è la dott.ssa Maria Manfellotti, funzionario E.Q. dell'Azienda Speciale Consortile SOL.A.R.I.S..

Qualiano, 15/10/2025

Il Responsabile del Procedimento  
f.to Dott.ssa Maria Manfellotti

Il Direttore Generale  
f.to Dott. Claudio Taraschi

**MODULO AGGIORNAMENTO ASSEGNO DI CURA PER BENEFICIARI DI PRECEDENTI ANNUALITA'**  
**per disabili gravissimi a valere su FNA 2024**

**Al Servizio Sociale del Comune di**

\_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- ☐ In nome proprio
- ☐ Su delega della persona interessata
- ☐ In qualità di tutore giuridico della persona interessata
- ☐ Caregiver familiare

a favore di: (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**  
**(barrare con una X le caselle di interesse)**

- ☐ di non usufruire di servizi residenziali sociosanitari o socio assistenziali;
- ☐ di non usufruire della prestazione prevalente del Progetto INPS Home Care Premium;
- ☐ di non usufruire dei Programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente, salvo che questi non finanzino esclusivamente prestazioni e servizi necessari per la persona non ricompresi nell'Assegno di Cura;
- ☐ di essere consapevole che il contributo si sospende a far data dal ricovero presso struttura residenziale, come disposto dalla normativa vigente;
- ☐ di essere consapevole che il beneficio è sospeso nei casi di ricovero presso strutture ospedaliere per un periodo superiore a 30 giorni;
- ☐ di essere consapevole che trattandosi di una misura finanziata dal Fondo Non Autosufficienze, l'Ambito Sociale N16 procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti beneficiari nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione Campania;

- ☐ di impegnarsi a dare prova delle spese ammissibili (art. 4 Allegato B della D.G.R. 70/2024) riconducibili al beneficiario nella misura di almeno il 70% dell'importo erogato, pena sospensione del beneficio;
- ☐ di impegnarsi alla sottoscrizione del Progetto Personalizzato Individuale.

**Allega** alla presente:

- copia documento di riconoscimento del potenziale beneficiario;
- copia documento di riconoscimento del caregiver;
- copia nomina tutore e/o amministratore di sostegno;
- copia attestazione ISEE Socio-Sanitario in corso di validità;
- copia della Certificazione IBAN intestata al potenziale beneficiario e/o al suo tutore legale e/o amministratore di sostegno (**non sono validi gli IBAN di libretti di risparmio postali** in quanto non sono abilitati a ricevere bonifici).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 196/2003 e ss. mod.)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**MODULO PER PRIMA RICHIESTA DI ASSEGNO DI CURA**  
**per disabili gravissimi a valere su FNA 2024**

**Al Servizio Sociale del Comune di**

\_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE il riconoscimento dell'Assegno di cura – FNA 2024**

- ☐ in nome proprio
- ☐ in qualità di tutore giuridico della persona interessata
- ☐ in qualità di Caregiver familiare

a favore di: (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(barrare con una X le caselle di interesse)

- ☐ di non usufruire di servizi residenziali sociosanitari o socio assistenziali;
- ☐ di non usufruire della prestazione prevalente del Progetto INPS Home Care Premium;
- ☐ di non usufruire dei Programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente, salvo che questi non finanzino esclusivamente prestazioni e servizi necessari per la persona non ricompresi nell'Assegno di Cura;
- ☐ di essere consapevole che la presentazione della domanda non dà diritto all'assegno di cura **giacché l'ammissione al beneficio è subordinata all'esito delle valutazioni che saranno effettuate dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI) e alla pubblicazione dell'elenco degli aventi diritto, a seguito dell'istruttoria dei Servizi Sociali territoriali, da parte dell'Ambito Sociale N16;**
- ☐ di essere consapevole che il contributo si sospende a far data dal ricovero presso struttura residenziale, come disposto dalla normativa vigente;
- ☐ di essere consapevole che il beneficio è sospeso nei casi di ricovero presso strutture ospedaliere per un periodo superiore a 30 giorni;

- ☐ di essere consapevole che trattandosi di una misura finanziata dal Fondo Non Autosufficienze, l'Ambito Sociale N16 procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti beneficiari nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione Campania;
- ☐ di impegnarsi a dare prova delle spese ammissibili (art. 4 Allegato B della D.G.R. 70/2024) riconducibili al beneficiario nella misura di almeno il 70% dell'importo erogato, pena sospensione del beneficio;
- ☐ di impegnarsi alla sottoscrizione del Progetto Personalizzato Individuale.

**Allega** alla presente:

- copia documento di riconoscimento del potenziale beneficiario;
- copia documento di riconoscimento del caregiver;
- copia nomina tutore e/o amministratore di sostegno;
- copia certificazione indennità di accompagnamento del potenziale beneficiario;
- copia certificazione Legge n. 104/1992 art. 3, comma 3;
- scheda A della SVAMA o SVAMDI redatta dal medico curante;
- scheda B della SVAMA o SVAMDI redatta dal medico specialista;
- copia attestazione ISEE Socio-Sanitario in corso di validità;
- copia della Certificazione IBAN intestata al potenziale beneficiario e/o al suo tutore legale e/o amministratore di sostegno (**non sono validi gli IBAN di libretti di risparmio postali** in quanto non sono abilitati a ricevere bonifici).

Luogo e data

Firma

---

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 196/2003 e ss. mod.)

Luogo e data

Firma

---