



Modello "C"

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

[illegible]

Luogo e Data _____

Firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data _____

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Carpineto Romano capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 5.6.