

Di Trapani

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ entrambi residenti in \_\_\_\_\_  
nella Via \_\_\_\_\_ in qualità di genitori del minore  
\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

P R E M E S S O

Che il minore percepisce una pensione per invalidità civile di € \_\_\_\_\_  
A decorrere dal mese di \_\_\_\_\_ in quanto affetta da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Che occorre versare l'importo della pensione su un libretto postale/ cc bancario n. \_\_\_\_\_  
intestato a \_\_\_\_\_ dove far confluire i suddetti emolumenti

C H I E D O N O

di essere autorizzati ad aprire un libretto postale intestato al minore \_\_\_\_\_ e  
alla madre \_\_\_\_\_ dove far confluire gli arretrati di pensione

Trapani. \_\_\_\_\_

Firma

Si allegano i seguenti documenti:

Autocertificazione della composizione del nucleo familiare

Copia del documento dei ricorrenti

Fotocopia del rimborso da incassare

MARCA DA BOLLO DA € 27,00