

Istituto bancario:	Agenzia / Sportello:	Via / Città / CAP:

€Accredito in c/c bancario/postale **con spese a carico del beneficiario**

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma del Caregiver _____