

## INDICAZIONE PAGAMENTO PROVVIDENZE

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di  
invalido/a civile  cieco  sordomuto,  beneficiario delle provvidenze  
economiche riconosciute

### INDICA

che il pagamento sia effettuato presso:

Ufficio Postale di \_\_\_\_\_, Ag. \_\_\_\_\_;

Istituto di Credito \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALL'ISTITUTO DI CREDITO

Coordinate bancarie: A.B.I. \_\_\_\_\_ C.A.B. \_\_\_\_\_;

C/C n° \_\_\_\_\_ Libretto a risparmio n° \_\_\_\_\_;



**N.B. L'Ufficio pagatore ed il delegato alla riscossione dovranno essere gli stessi di quelli indicati per il pagamento di eventuali altre pensioni, assegni ecc. già erogati dall'I.N.P.S.**