VARIAZIONE/REVOCA MANDATO SDD PER PAGAMENTO TARIFFA Servizi educativi 0-3 anni			
Il/La sottoscritto/a (cognome e nome titolare conto)			
Nato/a a	Il	C.F.	
Indirizzo:			N.
CAP:	Comune:	Provincia:	
Tel:	Mail:		

con riferimento all'autorizzazione all'addebito sul conto corrente per i pagamenti dei servizi educativi 0-3 anni:

N. RIFERIMENTO MANDATO	
Sottoscritto/a in data:	

Eventuale soggetti per conto dei quali viene effettuato il pagamento:

Per pagamenti relativi a un soggetto diverso dal/dalla sottoscrittore/trice (ad es. pagamento di bollettini intestati a terzi) usare questo campo per indicare il nominativo di tale soggetto. Se il pagamento concerne il/la sottoscrittore/trice lasciare in bianco.	
Nome dell'intestatario/a del bollettino:	C.F.
Indirizzo:	Tel.

COMUNICA

(barrare la voce che interessa)

○ **la variazione delle coordinate bancarie relative al conto corrente indicato nel mandato sopraindicato:**

PAESE		CIN		ABI					CAB					NUMERO CONTO CORRENTE										

○ **la revoca dell'autorizzazione all'addebito sul conto corrente indicato nel mandato sopracitato**

Firenze , _____
Data

_____
Firma *(leggibile)* del/della dichiarante

L'informativa, ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) e della normativa nazionale per il servizio –servizi online istruzione e trattamenti interni all'ente sui dati raccolti dai servizi al pubblico **è disponibile sulla Rete Civica Comunale: https://www.comune.fi.it/pagina/informativa-istruzione**

La presente richiesta, contenente anche dichiarazioni sostitutive di atto notorio, ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445/2000 **può essere :**

- **inviata** tramite **e-mail** a pagamenti.asilinido@comune.fi.it unitamente a fotocopia scannerizzata di un documento d'identità valido del/della firmatario/a;
- **consegnata personalmente** dal/dalla richiedente e sottoscritta in presenza del/della dipendente dell'Ufficio Pagamenti Servizi educativi 0-3 (Via Nicolodi n. 2 - piano secondo).

Per comunicazione/informazioni telefonare al numero: 055/2625836

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

In relazione alla presente dichiarazione attesto che:

- il/la dichiarante sig./sig.ra _____, di cui ho accertata l'identità, ha sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione.

Lì,_____ _____ _____
(Firma del/della dipendente che riceve la documentazione)