



Azienda Servizi alla Persona Opus Civium
Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto
Unione Terra di Mezzo



DIPARTIMENTO EDUCATIVO
SOTTOSCRIZIONE DI GARANZIA

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

Nato/ a il _____ a _____ C.f. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a _____ via _____ n° _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail: _____

In qualità di genitore (o facente funzioni) del bambino/a _____

mi impegno a pagare la retta relativa all/ai servizio/i di _____ per il figlio/a
_____ così come definite ogni anno dalla Giunta Comunale,

attraverso una delle 2 seguenti opzioni: (*barrare*)

SDD * - AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN C/C.

La retta viene addebitata automaticamente sul conto corrente indicato, senza necessità di ulteriori adempimenti. L'ufficio scuola provvederà a rilasciare il modulo di richiesta del SDD agli interessati, che possono richiederlo anche via mail o scaricarlo dal sito del Comune di Castelnovo di Sotto (nella sezione ASP- Servizi Educativi). I moduli per l'attivazione del SDD dovranno essere richiesti all'ufficio scuola.

MAV* - Con tale modalità, verrà inviato a domicilio, via posta, un bollettino MAV pre-compilato in cui è indicato il mese di riferimento, l'importo da pagare e la relativa scadenza; per pagare, occorre recarsi presso qualsiasi sportello bancario (non postale) portando con sé il bollettino, e versando la relativa quota in contanti. E' possibile, con il MAV, pagare anche tramite home-banking.

* I costi delle operazioni indicate sono pari a 1 euro + iva.

Inoltre:

- ❖ Mi impegnerò a comunicare tempestivamente all'ufficio eventuali variazioni dei dati sopra indicati (es. coordinate bancarie, residenza, etc...);
- ❖ La presente sottoscrizione mantiene validità per tutto il tempo di fruizione del servizio, anche per più anni scolastici, salvo mia diversa comunicazione;
- ❖ Ho preso atto del Regolamento dei servizi fruiti e con la sottoscrizione del presente atto accetto le condizioni in esso riportate, e di garantire gli obblighi ivi contenuti verso l'ASP "Opus Civium".

Data: _____

Firma _____

Dipartimento Educativo e Ufficio Scuola **Castelnovo di Sotto**:
piazza IV Novembre, n° 1 – 42024 Castelnovo di Sotto (RE)
email: educativo@asp-opuscivium.it
tel. 0522 485733-34 fax 0522 1602088

Ufficio Scuola **Cadelbosco di Sopra**:
Piazza Libertà, n° 3 – 42023 Cadelbosco di Sopra (RE)
email: scuola@asp-opuscivium.it
tel. 0522 918555 fax 0522 1602088

P.IVA 01486230350 C.F. 80010310359

Centralino e Uffici tel. 0522 682591

fax 0522 688041

email: info@asp-opuscivium.it

pec: asp-opuscivium@altrapec.com

AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADEBITO IN C/C DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

Operazione allineamento elettronico archivi (Servizio SEDA)

RIFERIMENTO MADATO (Da compilare a cura dal Creditore)

0993928Y

ASP OPUS CIVIUM
VIA CONCILIAZIONE, 10 42024
CASTLENOVO DI SOTTO (RE)

RIFERIMENTI DEL DEBITORE/PAGANTE	Nome Debitore*	<i>Cognome e Nome /Ragione Sociale</i>		
	Indirizzo*	<i>Via/P.zza/C.so/Largo/Strada</i>		N. Civico
	Cap	Località	Provincia	
	Paese			
	Conto di Addebito*	<i>Indicare l'iban del conto di pagamento</i>		
	Presso la Banca		Swift	
	Codice Fiscale Debitore*	<i>Indicare il Codice Fiscale del Debitore</i>		

RIFERIMENTI DEL CREDITORE	Ragione Sociale Creditore	ASP OPUS CIVIUM		
	Codice Identificativo del Creditore	0993928Y		
	Indirizzo Sede Legale	<i>Via/P.zza/C.so/Largo/Strada</i>		N. Civico
	Cap	Località	Provincia	
	Paese	ITALIA		

AUTORIZZAZIONE INTESTATARIO CONTO CORRENTE	Il sottoscritto Debitore autorizza:		
	Il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato (scegliere uno dei due con una croce)*		
	<input type="checkbox"/> Addebiti in via continuativa <input type="checkbox"/> Un singolo addebito		
	La Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore		
	Il Rapporto con la Banca è regolata dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il Sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.		
	Nome sottoscrittore	<i>Inserire Cognome e Nome del sottoscrittore del modulo nel caso in cui non coincida con Debitore</i>	
	Codice Fiscale Sottoscrittore	<i>Inserire il Codice Fiscale del sottoscrittore del modulo nel caso in cui non coincida con il Debitore</i>	
	(Le informazioni relative al sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui sottoscrittore e Debitore non coincidano)		
	Luogo	Data*	Firma del Debitore*
	N.B. I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca		

* I campi contrassegnati con un asterisco sono obbligatori

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A: ASP OPUS CIVIUM Ufficio Amministrazione - Settore Finanziario

RISERVATO AL CREDITORE:
