Al Direttore
Azienda Speciale Consortile
Consorzio Valle dell'Irno S6
Baronissi

RICHIESTA CONTRIBUTO

Il/La sottoscritto/a _____nato/a _____

Prov. _____il _____C.F. _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

n. _____ Tel. _____Indirizzo di posta elettronica _____

In qualita' di _____ dell'utente disabile _____nato a _____Prov. _____

il_____C.F._____Residente a _____ in Via/Piazza _____

n. _____

- CHIEDE

Di usufruire del contributo economico per la frequenza al centro sociale polifunzionale per disabili _____ sito a _____ in via _____

(Allegare certificato dei giorni di frequenza rilasciato dal centro)

Il pagamento del contributo deve essere effettuato su conto corrente (no libretti né postali né bancari) intestato a

Coordinate IBAN Bancarie Internazionali o Bancoposta - (compilare le caselle vuote):

Data Fima

_____ _____

Si allega:

- copia del documento di riconoscimento del dichiarante
- copia del documento di riconoscimento del disabile
- certificato dei giorni di frequenza mensile vidimato dal responsabile del centro sociale polifunzionale per disabili.