

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI TRECASTAGNI

_ L_ sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____, residente in
Trecastagni, Via _____ n. _____
Codice fiscale _____ tel. _____
Quale padre/madre del minore _____
ammesso al trattamento riabilitativo presso l'Istituto _____
_____ sito nel Comune di _____
per n.ro _____ giorni la settimana,

CHIEDE

la corresponsione di un contributo forfettario giornaliero per le spese sostenute
avendo utilizzato il proprio automezzo per il trasporto all'Istituto sopradetto del_
propri figli _____ nell'anno 20 _____ .

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Ente può utilizzare i dati contenuti nella presente
esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge
31/12/96 n. 675 "Tutela della privacy"-art.27)

Trecastagni, li _____

(firma)

Allega certificato di frequenza rilasciato dall'Istituto indicante il numero delle
presenze erogate.