

Al Settore
Politiche Sociali
del Comune di Maracalagonis

OGGETTO: trasmissione documentazione relativa alla misura NIDI GRATIS 2024

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____/ e residente nel Comune

di _____ nella Via/Piazza _____ n. ____

Tel. _____

CON RIFERIMENTO ALLA PROPRIA ISTANZA PROT. _____ DEL _____

ALLEGA ALLA PRESENTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

FATTURE QUIETANZATE RELATIVE ALLE RETTE NIDO PER I MESI DI

DOCUMENTAZIONE BONUS NIDI INPS RELATIVA AI MESI DI

COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' (obbligatorio)

ALTRO _____

Maracalagonis, _____

Firma
