|  |
| --- |
| **DOMANDA – FONDO FAMIGLIA 2018 AZIONE 1** Modello di dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (artt. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445) |
| Io richiedente, Cognome *(per le donne indicare il cognome da nubile)*NomeCodice Fiscale (\*)(\*) *Le domande prive del codice fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate* Data di nascita Sesso (M o F) Stato di cittadinanza Comune di nascita Provincia nascita Stato di nascitaIndirizzo di residenza  \_Comune di residenza Prov. CAP Documento di riconoscimento: Tipo NumeroRilasciato da: Ente Località DataIndirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza (*solo se diverso dall’indirizzo di residenza*) Indirizzo **DICHIARO QUANTO SEGUE**RESIDENZA* Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CITTADINANZA *(selezionare una delle voci sottoindicate)** Cittadino italiano
* Cittadino comunitario

VALORE ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CHIEDE IL VOUCHER PER LA SEGUENTE CATEGORIA DI SPESA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DOMANDA – FONDO FAMIGLIA 2018 AZIONE 2** Modello di dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (artt. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445) |
| Io richiedente, Cognome *(per le donne indicare il cognome da nubile)*NomeCodice Fiscale (\*)(\*) *Le domande prive del codice fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate* Data di nascita Sesso (M o F) Stato di cittadinanza Comune di nascita Provincia nascita Stato di nascitaIndirizzo di residenza  \_Comune di residenza Prov. CAP Documento di riconoscimento: Tipo NumeroRilasciato da: Ente Località DataIndirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza (*solo se diverso dall’indirizzo di residenza*) Indirizzo **DICHIARO QUANTO SEGUE**RESIDENZA* Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CITTADINANZA *(selezionare una delle voci sottoindicate)** Cittadino italiano
* Cittadino comunitario

VALORE ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CHIEDE IL VOUCHER PER LA SEGUENTE CATEGORIA DI SPESA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |