|  |
| --- |
| **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)*  Nome  Codice 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 nascita  Indirizzo di residenza  \_  Comune di residenza Prov. CAP  Documento di riconoscimento:    Tipo Numero  Rilasciato da:    Ente Località Data  Indirizzo 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)*  Nome  Codice 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 nascita  Indirizzo di residenza  \_  Comune di residenza Prov. CAP  Documento di riconoscimento:    Tipo Numero  Rilasciato da:    Ente Località Data  Indirizzo 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |