Cognome e nome del	N. moduli settimanali	Importo del	Importo del contributo	n. fattura/ricevuta/ nota attestante	Importo contributo da
che l'importo compl					
		D	ICHIARA		
provvedimento ever	ntualmente emanat	o sulla base del	lla dichiarazione r	ella decadenza dai benefi non veritiera, qualora dai art. 75 del D.P.R. 28/12/20	controlli effettuati
				on veritiere, di formazione	
				one dei bambini e ragazzi	utenti del Centro
		R	ICHIEDE		
Cod. Fisc./P.IVA			,		
LIVOINO III VIA/PIAZZ	za				
Estivo denominato	rappresentante de	i soggetto geste		n. , con sede	nel Comune di
in Via/Piazzain qualità di Legale	Rannresentante de	1 soggetto gesta	ore denominato	n.	del Centro
il	, residente nel	Comune di			(PROV)
Il/La sottoscritto/a _			Nato	o/a a	(PROV)
realizza	zione dei centri e	stivi inseriti ne	l "Progetto Centr		C
			C	Cod. Fiscale/P.IVA	
			P	Provincia	
				Città	
			\	/ia/Piazza CAP	
				Comune di	
Su carta intestata Soggetto gestore				Spett.le	

Cognome e nome del bambino/ragazzo utente	N. moduli settimanali per cui spetta il contributo	Importo del contributo assegnato	Importo del contributo trasferito (50%)	n. fattura/ricevuta/ nota attestante abbattimento/rimbors o quota parte della retta	Importo contributo da trasferire a saldo (50%)

Si allega alla presente copia del documento di ide estivo.	ntità del Legale Rappresentante del soggetto gestore del centro
Luogo e data	Il Legale Rappresentante
	Timbro e firma