Allegato & 1

Richiesta di erogazione del contributo per conto degli assegnatari degli sconti di cui alla Misura regionale NIDI GRATIS per l'anno educativo 2024/2025

- SCADENZE INTERMEDIE -

Al Comune di Colle di Val d ' Elsa
Alla c.a. Ufficio Istruzione

Il/la sottoscritto/a *(cognome e nome)* ....……..……...

C.F. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| nato/a il ___|___|_____|

a ...…… PR (……) e residente a ...…….

Via/Piazza ……..…….…… n. ……