

**RICHIESTA PER L'ASSISTENZA IN FAVORE DEI MINORI RICONOSCIUTI
DALLA SOLA MADRE**

Al Signor Sindaco del comune
di
Cefalù

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

residente a Cefalù da almeno sei mesi, domiciliato in via _____

Tel. _____ C.Fn° _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che il figlio _____
nato a _____ il _____ non è stato riconosciuto dal padre.

CHIEDE

pertanto che le venga concesso un sussidio giornaliero di € 3,62 ai sensi dell'art.7 e10 del Regolamento Comunale per l'assistenza ai minori riconosciuti dalla sola madre per l'anno _____.
A tal fine dichiara sotto la propria personale responsabilità che il proprio nucleo familiare è composto dalle sotto elencate persone e che ciascuna di esse ha percepito il reddito complessivo a fianco indicato:

COGNOME NOME

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

REDDITO ANNUO

€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____

Totale € _____

Allega alla presente

Dichiarazione sostitutiva unica ; fotocopia di un documento di riconoscimento; certificato medico di buona salute del minore.

FIRMA
