

Il Sottoscritto _____ in qualità:

- BENEFECIARIO (___)
- FAMILIARE (___)
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (___)
- ALTRO _____

del beneficiario _____ del contributo ex Legge 162/1998 allega alla presente i seguenti giustificativi di spesa relativi alla mensilità di _____

- RICEVUTE (___)
- BUSTA PAGA (___)
- FATTURA (___)
- RICEVUTA PAGAMENTO INPS (___)

Il sottoscritto chiede di poter ricevere comunicazioni inerenti la presente tramite :
(barrare la casella che interessa)

POSTA ORDINARIA AL SEGUENTE INDIRIZZO _____
(L'Amministrazione non si assume responsabilità in caso di mancato recapito)

TELEFONO CELLULARE _____ (PRECEDUTA DA SMS)

Pec _____

Mail _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI ESSERE
CONSAPEVOLE CHE QUALUNQUE COMUNICAZIONE AVVERRÀ TRAMITE LO
STRUMENTO DI COMUNICAZIONE SOPRA INDICATO

Le comunicazioni inerenti integrazioni documentali che costituiscono motivo ostativo
all'accoglimento dell'istanza o decadenza dal beneficio avverranno tramite raccomandata a/r o a
mano o posta certificata.

Luogo e data _____

Firma _____



COMUNE DI CAGLIARI
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SALUTE

DATA DI RICEZIONE E FIRMA _____