

**MODULO**

**Richiesta contributo per Figli e/o Coniuge / Parte dell'unione civile disabili  
degli esodati**

**La/Il sottoscritto/a**

<b>Cognome</b>										<b>Nome</b>									
<b>Nata/o a</b>										<b>Prov.</b>				<b>il __/__/</b>					
<b>Codice Fiscale</b>										<b>/</b>									
<b>Residente a</b>										<b>Prov.</b>									
<b>Via</b>								<b>n.</b>		<b>Tel fisso</b>									
<b>e-mail:</b>								<b>Tel. Cell.</b>											

**CHIEDE**

che venga erogato per l'anno \_\_\_\_\_ il contributo per il figlio/coniuge/parte dell'unione civile disabile:

(nome/cognome) \_\_\_\_\_

Allega copia della certificazione rilasciata dalla Commissione Medica Provinciale attestante la disabilità.

Data

Firma

**Nota: il presente modulo deve essere corredato da documento della commissione medica prov.le certificante la disabilità.**

**IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE.**