

IL/LA	SOTTOSCRITTA	_____	, NATA/O	A
_____	, IL	_____	, RESIDENTE	IN
_____	, VIA	_____	,	
RECAPITO	TELEFONICO	_____	, <b>IN QUALITA'</b>	<b>DI</b>
_____				
_____				
DEL/LA	SIG./RA	_____	, NATO/A	
A				
IL		_____		
CF		_____		

CHIEDE CHE LE VENGA RILASCIATA LA CERTIFICAZIONE AVENTE AD  
OGGETTO IL QUANTUM PERCEPITO DA  
\_\_\_\_\_ A CARICO DI CODESTO ENTE  
NEGLI ANNI

2015 2016,

A TITOLO DI CONTRIBUTO DENOMINATO  
SOSTEGNO ECONOMICO INTEGRATO (SEI)  
VITA INDIPENDENTE (V.I.)  
FONDO DISABILI (F.D)  
GRAVISSIME DISABILITA'

QUANTO SOPRA AL FINE DELLA COMPILAZIONE DELLA D.S.U.  
INDISPENSABILE PER IL CALCOLO ISEE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_



ALLEGRO COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'