

**Ambito di Treviglio**

**CONSENSO GENITORE PER L’EROGAZIONE DI TITOLI SOCIALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2024 - MISURA B2 – FNA**

 **ALLEGATO B**

Il sottoscritto

|  |
| --- |
| COGNOME NOME |
| NATO/A A PROV ( ) IL  |
| CODICE FISCALE  |
| RESIDENTE IN VIA N° COMUNE DI CAP. |
| DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA N°  |
| EMAIL NUMERO DI TELEFONO |

Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché́ le decisioni di maggiore interesse relative ai minori sono assunte di comune accordo,

**DICHIARA**

* Di aver preso visione del BANDO PER L’EROGAZIONE DI BUONI E PRESTAZIONI SOCIALI INTEGRATIVE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA - MISURA B2 – FNA ANNO 2024
* Di prestare il proprio consenso affinché il sig./la sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore, presenti la richiesta a valere sul BANDO PER L’EROGAZIONE DI BUONI E PRESTAZIONI SOCIALI INTEGRATIVE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA - MISURA B2 – FNA ANNO 2024

Per il figlio minore (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato Documento di identità del dichiarante