

**MISURE DI SOSTEGNO ALLA NATALITA' NEI PICCOLISSIMI COMUNI.
DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO (D.G.R. N. 249/2024)****Sono da compilare obbligatoriamente tutte le voci richieste**

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

C.F. _____

Residente a **Trivigliano** in Via/Piazza _____

Tel. _____ e – mail _____

E

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

C.F. _____

Residente a **Trivigliano** in Via/Piazza _____

Tel. _____ e – mail _____

RICHIEDE/RICHIEDONO

il contributo economico “Sostegno della natalità e della genitorialità, rivolto ai nuclei familiari residenti nei comuni del Lazio aventi popolazione fino a 2.000 abitanti ai sensi della DGR Lazio 249/2024”, e ai sensi dell’art. 45 e 46 del DPR 445/2000.

DICHIARA/DICHIARANO

- di essere residente/i nel Comune di **TRIVIGLIANO** in Via _____
- di essere genitore/i del minore di 3 anni

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

(COMPILARE SOLO IN CASO DI ALTRO FIGLIO MINORE DI TRE ANNI NEL NUCLEO FAMILIARE)

- ___ di essere genitore/i del minore di 3 anni

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

(COMPILARE SOLO IN CASO DI ALTRO FIGLIO > DI 3 ANNI E < DI 18 ANNI NEL NUCLEO FAMILIARE)

- ___ di essere genitore/i del figlio maggiore di 3 anni e minore di 18 anni

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

- ___ di essere genitore/i del figlio maggiore di 3 anni e minore di 18 anni

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

