



**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, poiché 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