

Al Sig. **Sindaco**  
 Del Comune di Novedrate  
 Via Taverna, 3  
 22060 NOVEDRATE - CO

**OGGETTO: RICHIESTA CONTRIBUTO PER SERVIZI SCOLASTICI COMUNALI  
 - ANNO 2007/2008**

**(Consegna presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune dal 31/05/2007 al 13/07/2007.)  
 (Le richieste pervenute dopo tale data non verranno accolte.)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente in Novedrate, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

un contributo economico per la riduzione delle tariffe dei seguenti servizi scolastici:

	Che frequenta la SCUOLA	CLASSE	Contributo richiesto per i servizi di:	RISERVATO ALL'UFFICIO	
COGNOME E NOME FIGLIO _____ _____	<input type="checkbox"/> materna <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secondaria	_____	<input type="checkbox"/> Scuola-bus <input type="checkbox"/> Mensa <input type="checkbox"/> Dopo-scuola <input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia	% Tariffa	<input type="text"/>
COGNOME E NOME FIGLIO _____ _____	<input type="checkbox"/> materna <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secondaria	_____	<input type="checkbox"/> Scuola-bus <input type="checkbox"/> Mensa <input type="checkbox"/> Dopo-scuola <input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia	% Tariffa	<input type="text"/>
COGNOME E NOME FIGLIO _____ _____	<input type="checkbox"/> materna <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secondaria	_____	<input type="checkbox"/> Scuola-bus <input type="checkbox"/> Mensa <input type="checkbox"/> Dopo-scuola <input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia	% Tariffa	<input type="text"/>

**Si allega alla presente la Certificazione I.S.E.E.** rilasciata dai CAAF (Centri Autorizzati di Assistenza Fiscale - vedi elenco).

Il/la sottoscritto/a si dichiara a conoscenza della circostanza di essere tenuto a comunicare tempestivamente al Comune ogni evento che determini la variazione dell'attuale situazione per cui si richiede il contributo. Dichiara infine di essere consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi della Legge 445/2000, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ELENCO CAAF**

CAAF CISL Cantù Viale Madonna 11/2 - Tel. 031/710189 - (a Novedrate presso la Sala consiliare del Comune)  
 CAAF CIGL Cantù Via Brambilla, 3 - Tel. 031/709898  
 CAAF CISL Mariano Comense - Via Montebello 48/50 - Tel. 031/747873  
 CAAF UIL Como - Via Torriani 29 - Tel. 031/273295