

Allegato 1 – DOMANDA DI CONTRIBUTO

(a cura del genitore di riferimento da compilare in modo LEGGIBILE in stampatello nomi, numeri, e mail.)

BANDO “Prevenzione e salute dentale” – 2025

Il sottoscritto Nome e Cognome : _____ Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ in via _____ Provincia _____

CAP _____ Codice fiscale _____

Allegare : Stato di famiglia , ISEE 2025 del nucleo familiare e copia Carta di Identità del richiedente.

Tel./Cel. N. _____ e-mail: _____

IBAN _____ intestatario c/c _____

In qualità di tutrice/tutore legale del ragazzo/a:

Nome e cognome _____ Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ in via _____ Provincia _____

CAP _____ Codice fiscale _____

RICHIEDE

Il contributo economico relativo a Fattura/Ricevuta fiscale allegata, corrispondente alla prestazione eseguita presso:

Studio dentistico: _____ Indirizzo: _____

Costo totale: _____ Contributo richiesto: _____

Data prestazione: _____

IL CONTRIBUTO DEVE ESSERE RICHIESTO ENTRO E NON OLTRE IL 30 GIUGNO 2025:

NB: Può essere richiesto un contributo fino ad € 150 per ragazzo/a, (nel caso di fratelli estendibile ad entrambi). Può essere presentata UNA SOLA richiesta per anno. Gli esiti della selezione saranno comunicati via e-mail **entro il 31/07/25** e saranno concessi fino ad esaurimento fondi disponibili, tramite bonifico bancario effettuato sul c/c del richiedente.

Luogo e data

Firma leggibile del genitore richiedente
