



Data \_\_\_\_\_

Spett.le **PROVINCIA DI BRESCIA**  
Attività Sociali e Pari Opportunità  
Area Servizi alla Persona  
Ufficio formazione

c.a. A.S. PASSERI MARIA  
Via Fontane n.29/31  
25133 -Mompiano-BRESCIA

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Genitore di** \_\_\_\_\_

**Residente a (città o paese)** \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

**in Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** ( \_\_\_\_\_ )

**DICHIARA**

► Sotto la propria responsabilità di aver sostenuto una spesa di **€uro** \_\_\_\_\_  
per il servizio di assistenza domiciliare educativa per i mesi di:

<b>PERIODO</b>	<b>N. ORE</b>	<b>COSTO ORARIO</b>	<b>COSTO TOTALE</b>
SETTEMBRE 2006			
OTTOBRE 2006			
NOVEMBRE 2006			
DICEMBRE 2006			
GENNAIO 2007			
FEBBRAIO 2007			
MARZO 2007			
APRILE 2007			
MAGGIO 2007			
GIUGNO 2007			

**N.B.: LA TARIFFA ORARIA NON DEVE SUPERARE I 10,33 €uro**

**BANCA DI APPOGGIO** \_\_\_\_\_

**Codice BBAN (23 caratteri dati da CIN+ABI+CAB+N. conto corrente di 12 caratteri)**

\_\_\_\_\_

***FIRMA*** \_\_\_\_\_