

DOMANDA DI BONUS BEBE' COMUNALE

Al Comune di
Ospedaletto Euganeo

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____ e residente
a _____ in via _____ n. _____
codice fiscale _____ tel n. _____
mail _____

In qualità di

- madre
- padre
- adottante
- legale rappresentante (nel caso di incapacità di agire dell'avente diritto)

CHIEDE

**L'EROGAZIONE DEL BONUS BEBE' COMUNALE anno 2024 ATTIVATO CON
DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO CON I POTERI DELLA
GIUNTA COMUNALE N. 55 del 19/12/2024**

A tal fine

D i c h i a r a

Sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76, del decreto citato, quanto segue:

- **di essere** residente nel Comune di Ospedaletto Euganeo in Via _____
n. _____ C.A.P. 35045 Provincia PD n. tel/cell _____
(eventuale) indirizzo mail _____
- **che** il/la bambino/a _____ nato/a il _____
o adottato/a il _____ risulta iscritto all'anagrafe del Comune
di Ospedaletto Euganeo e fa parte del proprio stato di famiglia.

