

Allegato a2



Il/la sottoscritto/acodice cale.....

Residente

Legale rappresentante della società.....gestore del

centro diurno accreditato con codice

Consapevole delle responsabilità penali degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci , ai sensi delle per gli effetti di cui agli artt 46/47 del DP 445 2000

Dichiara quanto sotto riportato

	Numero di bambini frequentanti	Tariffa giornaliera
Dal 01.08.2021 al 15.08.2021		
Dal 16.08.2021 al 31.08.2021		
Dal 01.09.2021 al 30.09.2021		

Firma.....

Il modulo dovrà essere trasmesso esclusivamente mezzo pec
ENTRO E NON OLTRE IL 30.09.2021 all'indirizzo
comunediladispoli@certificazioneposta.it