



**COMUNE DI DOLIANOVA
PROVINCIA SUD SARDEGNA
PIAZZA BRIGATA SASSARI**

SERVIZIO SOCIALE E ALLA PERSONA

**TEL. 070/7449345
FAX 070/7449335**

**C.A.P.09041
www.comune.dolianova.ca.it**

**P.I. 01331060929
C.F. 80004050920**

Alla c.a del Settore Servizi Sociali e alla Persona
Comune di Dolianova (SU)

OGGETTO:Richiesta attestazione contributi erogati nell'anno 2024.

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente in via _____ nel comune di _____

Telefono _____ E-mail _____

CHIEDE

il rilascio di una attestazione relativa ai contributi economici erogati nell'anno 2024 a favore del mio nucleo familiare.

Dolianova, _____

Allegati:

- Documento d'identità in corso di validità.

Firma
