

ALLEGATO B

**Al Comune di Trieste
Area Servizi e Politiche Sociali**

Riservato all'Ufficio Protocollo Generale

Riservato all'Ufficio

FONDO PER L'AUTONOMIA POSSIBILE

DI CUI ALL'ART. 41 DELLA LEGGE REGIONALE 6/2006

TIPOLOGIA CONTRIBUTO **CAF** **APA** **SVI** **SFE**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

e residente a _____

in via (piazza, vicolo, etc.) _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

trasmette la documentazione relativa alle spese sostenute con il contributo FAP.

Cognome e nome della persona assistita _____

Data _____

Firma _____ *

DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE ATTI DEL COMUNE DI TRIESTE

Via Punta del Forno n° 2

orario dal lunedì al venerdì – 8.30-12.30

lunedì e mercoledì pomeriggio 14-16.30

o

VIA E-MAIL all'indirizzo: ufficio.fap@comune.trieste.it

* ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente.