

Al Responsabile
del Servizio Sociale
del Comune di Maracalagonis
Via Nazionale, n. 49
09040 Maracalagonis (CA)

OGGETTO: Disponibilità alla stipula di una convenzione per lo svolgimento delle attività connesse all'erogazione degli assegni di maternità e degli assegni per il nucleo familiare di cui agli articoli 65 e 66 della Legge n. 448 del 23/12/1998 e ss.mm.ii. per l'anno 2018.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ nella qualità di legale rappresentante del CAF/ persona autorizzata dal legale
rappresentante (cancellare la voce che non interessa)

con sede attiva, autorizzata, operante in _____, Via
_____, n. _____

comunica la propria disponibilità a svolgere le attività connesse all'erogazione degli assegni di maternità e degli assegni per il nucleo familiare in favore degli utenti residenti nel Comune di Maracalagonis.

A tal fine, in via preventiva, dichiara di accettare tutte le clausole e le condizioni contenute nello schema di convenzione predisposto da codesto Comune.

Luogo e data, _____

Timbro e firma
del legale rappresentante del CAF
(o persona autorizzata dal legale
rappresentante)