Alla Giunta Regionale della Campania Settore Assistenza Sociale Centro Direzionale Isola A/6 NAPOLI

Il Sottoscritto _				
	entante (barrare la] Altro denomina		e) della 🗌 Parrocch	ia ; □ Oratorio Salesiano; □ Chiesa;
con C.F.:	(è rife	rito all'ente/organisı	no/chiesa/comunità/ecc	. rappresentato)
Ubicata a				()
Via				
Tel	Fax	((facoltativo)	E-mail	(facoltativo)
Appartenente: 1. alla Di	ocesi di			
2. alla Co	onfessione Religios	a		
Chiede un soste	egno alle attività (oratoriali disegu	ito esposte:	
	(Descrizione del dei luoghi ove si rea	l'attività con chiara i lizzano; se è già avvi	ndicazione del numero d ata o se si intende avviar	i ragazze/i coinvolti; la - Max 5.000 caratteri)
Luogo	data			
				Firma
 dichiara che attività ora sull'utilizzo acconsente 	toriali e s'impegna dello stesso; che in caso di assa	ziario eventualmen a, fin da ora, a n egnazione di contr	elazionare entro sei	ilizzato esclusivamente a sostegno delle mesi dall'erogazione del contributo, essere versato sul conto corrente della se o sul:
c/c	banca	ABI	CAB	
intestato a*	*:	nno essere versati	solo su c/c intestati ac	gli enti e non a persone fisiche;
	r contributi potra	inio essere versati	solo sa cre micestati ag	or energe non a persone risienc,

Nota conclusiva

Costituirà causa di esclusione più di una richiesta avanzata dal medesimo ente