

**OGGETTO: Adempimenti Piani Personalizzati L. 162/98 - Programma 2024
Proroga Gennaio- Aprile 2025**

Beneficiario del piano personalizzato _____

Il sottoscritto _____

- Beneficiario
- Delegato
- Esercente Potestà Genitoriale
- Tutore/Amm. di sostegno

ALLEGA

- Busta paga mese/i di** _____
- Fattura mese/i di** _____
- Ricevuta attività sportiva mese/i di** _____
- Ricevute Contributi INPS**
- Contratto:** nuovo variazione cessazione
- Codice IBAN**

Castiadas, lì _____

Firma
