

**ALLEGATO 1 – ELENCO BENEFICIARI**

N	INIZIALI COGNOME E NOME AFFIDATARI	INTRA- FAMILIARE/ETERO- FAMILIARE	INIZIO AFFIDO	IMPORTO MENSILE	NUMERO MINORI IN AFFIDO	MAGGIORA ZIONE HANDICAP	DECURTAZI ONE 20% SECONDO MINORE	IMPORTO COMPLESSI VO MENSILE DA EROGARE	MESI	GIORNI	IMPEGNO DA ASSUMERE
1	C.D.	ETEROFAMILIARE	01/01/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	12	0	€ 4.560,00
2	C.K.	ETEROFAMILIARE	01/01/2022	€ 380,00	1	SI	NO	€ 494,00	12	0	€ 5.928,00
3	C.A.	ETEROFAMILIARE	01/01/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	12	0	€ 4.560,00
4	G.A.	ETEROFAMILIARE	01/01/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	12	0	€ 4.560,00
5	M.G.	ETEROFAMILIARE	01/01/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	12	0	€ 4.560,00
6	P.P.	ETEROFAMILIARE	01/01/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	12	0	€ 4.560,00
7	S.R.	ETEROFAMILIARE	01/01/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	12	0	€ 4.560,00
											€ 33.288,00