



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 COMPLESSIVO MENSILE DA EROGARE	MESI	GIORNI	IMPEGNO DA ASSUMERE
1	T.G.	ETEROFAMILIARE	01/09/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	4	0	€ 1.520,00
2	Z.S.	ETEROFAMILIARE	01/09/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	4	0	€ 1.520,00
											€ 3.040,00