



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	B.A.	ETEROFAMILIARE	01/05/2023	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	8	0	€ 3.040,00