



ELENCO BENEFICIARI											
N	INIZIALI COGNOME E NOME AFFIDATARI	INTRA- FAMILIARE/ETE RO-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	S.R.	ETEROFAMILIARE	01/05/2024	€ 380,00	1	NO	NO	€ 380,00	8	0	€ 3.040,00