

SUB ALL.1 C**ELENCO SPORTELLI PRESENTI NEL COMUNE DI BOLLATE**

IL CAF _____ dichiara che per le procedure elencate nell'AVVISO PUBBLICO rivolto ai CAF operanti sul territorio comunale per manifestazione di interesse alla stipula di una Convenzione per la gestione delle richieste di *Assegno di maternità* e di *Bonus Elettrico disagio fisico*, si avvarrà degli sportelli ubicati a Bollate e di seguito indicati

DENOMINAZIONE	REFERENTE SPORTELLO	INDIRIZZO	TELEFONO	E-MAIL	GIORNI E ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO

Il legale rappresentante _____
(firmato digitalmente)