***Allegato 13***

**Nome OpT**

Riepilogo Indigenti Assistiti

Data

|  |
| --- |
| **Numero Nuclei Familiari** |
|  |
|  |
| **Numero Indigenti Continuativi** |
|  |
|  |
| **Numero Indigenti Saltuari** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°/Codice Fascicolo** | **Nome (Capo Famiglia)** | **Cognome (Capo Famiglia)** | **Totale Componenti** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 Timbro dell’ente e firma del rappresentante legale

 …….………………………………………………………………………………………………