

MOD.3

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Barlassina**

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) _____

In via _____ n. _____

DICHIARA

☐ DI NON PERCEPIRE ALCUN TIPO DI PENSIONE

☐ DI PERCEPIRE LA PENSIONE DI _____

ENTE _____

SOMMA MENSILE _____

Data, _____
