

N.O.	Cognome Nome richiedente	nato/a	data nascita	Indirizzo	Cod Fiscale	Modalità di pagamento	Sog.Portatore di handicap	Data Nascita	C.S.R. o C.e.d.	Totale €
1	A.F.	PIAZZA ARMERINA	xxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	A.A.F.	xxxxxxx	BARRAFRANCA	€ 779,77
2	P.M.	PIETRAPERZIA	xxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	P.M.	xxxxxxx	BARRAFRANCA	€ 757,91
3	S.C.	PIETRAPERZIA	xxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	T.L.	xxxxxxx	CALTANISSETTA	€ 1.067,82
4	D'U. B.	ENNA	xxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	D'U.N.	xxxxxxx	CALTANISSETTA	€ 1.123,05
5	Di P.M.	PIETRAPERZIA	xxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	Di P.M.	xxxxxxx	BARRAFRANCA	€ 604,87
6	D'U. I.E.	ENNA	xxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	B.G.	xxxxxxx	BARRAFRANCA	€ 1.034,83
7	G.G.A.	CALTANISSETTA	xxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	M.V.	xxxxxxx	ENNA	€ 367,06
8	T.D.	TORINO	xxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	T.L.P.	xxxxxxx	BARRAFRANCA	€ 655,88
9	Di C. G.	PIETRAPERZIA	xxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	Di C. C.D.	xxxxxxx	CALTANISSETTA	€ 708,81
									Totale	€ 7.100,00