

*Al Consorzio dei Comuni del Cassinate
per la Programmazione e Gestione dei Servizi Sociali*

per il tramite
del **COMUNE** di

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e Cognome		
Luogo e Data di nascita		
INDIRIZZO DI RESIDENZA O DOMICILIO		
TELEFONO		

IN QUALITA' DI _____

CHIEDE :

LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO PER AFFIDAMENTO FAMILIARE DEL/I MINORE/I

Nome e Cognome SOLO INIZIALI		
Luogo DI RESIDENZA		
Luogo e Data di nascita		

Nome e Cognome SOLO INIZIALI		
Luogo DI RESIDENZA		
Luogo e Data di nascita		

Nome e Cognome SOLO INIZIALI		
Luogo DI RESIDENZA		
Luogo e Data di nascita		

TIPOLOGIA DELL’AFFIDAMENTO:

- RESIDENZIALE
 DIURNO
 PARZIALE
 DEL NUCLEO MONOGENITORIALE
 MINORI CON PARTICOLARI COMPLESSITA’

DURATA DELL’AFFIDAMENTO _____

CERTIFICAZIONI “OBBLIGATORIE” DA ALLEGARE

- DECRETO DI AFFIDAMENTO FAMILIARE DEL TRIBUNALE
 REDDITO ISEE DEI GENITORI AFFIDARTARI
 CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL MINORE/I NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D
 CERTIFICATO DI RESIDENZA DEI GENITORI AFFIDATARI

SOLO PER IL/I MINORE/I DISABILE/I O INVALIDO/I

- VERBALE DELLA LEGGE 104/92 ART. 3: COMMA 1; COMMA 3
 VERBALE DI INVALIDITA’: AL 100% INFERIORE AL 100%

ALTRO _____

Il/La sottoscritto/a, inoltre **dichiara:**

- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:
 - a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del destinatario/i al beneficio richiesto;
 - b) potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.;

Il rifiuto al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al beneficio richiesto.

L'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti erogatori a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

DATA _____

FIRMA del genitore affidatario

Spazio riservato all'ufficio dei servizi sociali del comune

Domanda acquisita al prot. N _____ del _____

PARERE POSITIVO all'ammissione **MOTIVAZIONE:**

PARERE NEGATIVO all'ammissione **MOTIVAZIONE:**

Firma dell'assistente sociale che ha visionato la domanda:

Dott/ssa _____

Parte riservata all'area sociale del consorzio

Si conferma parere del servizio sociale del comune di residenza

Non si conferma il parere del servizio sociale del comune di residenza per la seguente motivazione:

Firma del responsabile dell'area sociale Dott.ssa Federica De Santis
