

***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		
EMAIL		

IN QUALITA' DI _____

CHIEDE:

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

Nome e Cognome		
Luogo DI RESIDENZA		
Luogo e Data di nascita		

Nome e Cognome		
Luogo DI RESIDENZA		
Luogo e Data di nascita		

Nome e Cognome		
Luogo DI RESIDENZA		
Luogo e Data di nascita		

TIPOLOGIA DELL’AFFIDAMENTO:

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

ALLEGATI OBBLIGATORI

- ☐ DECRETO DI AFFIDAMENTO FAMILIARE DEL TRIBUNALE
☐ 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%

SI DICHIARA ALTRESÌ CHE LA FAMIGLIA DI ORIGINE DEL MINORE È RESIDENTE NEL COMUNE DI _____

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.;

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.

LUOGO E 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. Emilio Tartaglia
