

Oggetto: richiesta contributo per il sostegno all'affidamento familiare.

Il/la sottoscritto/a _____

Nome e Cognome		
Luogo e Data di nascita		
Indirizzo di residenza O domicilio		
Telefono		

In qualità di _____

CHIEDE

La concessione del contributo economico mensile 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

Tipologia dell’affidamento:

- Affidamento residenziale**
- Affidamento diurno**
- Affidamento parziale**
- Affidamento del nucleo monogenitoriale**
- Affidamento di minori con particolari complessità (msna,minori con disabilità)**

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- Decreto di Affidamento familiare del Tribunale**
- Certificato di residenza dei Genitori Affidatari**
- Certificato di residenza del minore /i risultante /i residente/i nel territorio del Distretto socio-sanitario C.**
- Solo per il/i minore/i disabile/i o invalido/i:**
 1. verbale di cui alla **LEGGE 104/92 ART 3** ◦COMMA 1- ◦COMMA 3
 2. Verbale di invalidità.

Il/la sottoscritto/a, inoltre dichiara

Di autorizzare ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

(luogo e data)

FIRMA
