

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

per il tramite  
del COMUNE di

\_\_\_\_\_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

<b>Nome e Cognome</b>		
<b>Luogo e Data di nascita</b>		
<b>INDIRIZZO DI RESIDENZA O DOMICILIO</b>		
<b>TELEFONO</b>		

IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_

CON RIFERIMENTO ALL'AVVISO PUBBLICO ( sull'affidamento) **CON SCADENZA AL 08.10.2015**

**CHIEDE :**

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

<b>Nome e Cognome SOLO INIZIALI</b>		
<b>Luogo DI RESIDENZA</b>		
<b>Luogo e Data di nascita</b>		

<b>Nome e Cognome SOLO INIZIALI</b>		
<b>Luogo DI RESIDENZA</b>		
<b>Luogo e Data di nascita</b>		

<b>Nome e Cognome SOLO INIZIALI</b>		
<b>Luogo DI RESIDENZA</b>		
<b>Luogo e Data di nascita</b>		

**TIPOLOGIA DELL’AFFIDAMENTO:**

**RESIDENZIALE** ( nel caso in cui è previsto l’allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare)

**DURATA DELL’AFFIDAMENTO** \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONI OBBLIGATORIE DA ALLEGARE**

**DECRETO DI AFFIDAMENTO FAMILIARE DEL TRIBUNALE PER I MINORENNI**

**oppure**

**DECRETO DI AFFIDAMENTO DEL GIUDICE TUTELARE SU PROPOSTA DEI SEVIZI SOCIALI**

**REDDITO ISEE DEI GENITORI AFFIDARTARI**

**CERTIFICATO DI RESIDENZA DEI GENITORI AFFIDATARI**

**CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL MINORE/I** RESULTANTE/I RESIDENTE/I NEL TERRITORIO DEL  
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D

**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. Carlo Recchia:

\_\_\_\_\_