

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Telefono _____ mail _____

In qualità di _____

La concessione del contributo economico mensile per affidamento familiare del/i minore/i

Nome e Cognome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo e comune di residenza	

Nome e Cognome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo e comune di residenza	

Nome e Cognome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo e comune di residenza	

Tipologia dell'affidamento:

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

(luogo e data)

Firma

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:

- ☐ Verbale di cui alla L. 104/92 ART 3 comma 1/3
- ☐ Verbale di invalidità.

Il/la sottoscritto/a, 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