

*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

COGNOME

INDIRIZZO

CAP

COMUNE: PROVINCIA:

CODICE FISCALE:

con riferimento all'Avviso Pubblico del 20/10/2009 CON SCADENZA AL 10.12.2009

IN QUALITA' DI _____

CHIEDE :

- **LA CONCESSIONE DEL SOSTEGNO 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 (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

DECRETO DI AFFIDAMENTO DEL GIUDICE TUTELARE SU PROPOSTA DEI SEVIZI SOCIALI

REDDITO ISEE (ANNO 2008) DEI GENITORI AFFIDATARI

CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL GENITORE AFFIDATARIO

**CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL MINORE RISULTANTE RESIDENTE NEL TERRITORIO
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D**

SOLO PER IL MINORE DISABILE O INVALIDO

CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA DISABILITA’ AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 3 C. 3

VERBALE DI INVALIDITA’ AL 100%

DATA _____

FIRMA del genitore affidatario

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CENTRALE DEL CONSORZIO

Domanda acquisita al prot. N _____ del _____

| PARERE POSITIVO MOTIVAZIONE:

| PARERE NEGATIVO MOTIVAZIONE:

IL PARERE è STATO DATO DA:

Nome e Cognome: _____

Ruolo svolto _____

Firma _____