

All. A

Spett.le AIPES
Via G. D'Annunzio n.17
03039 SORA (FR)

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

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Telefono _____ mail _____

In qualità di _____

CHIEDE

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
