

*Al Signor Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_*

**RICHIESTA CONCESSIONE DI ASSEGNI ECONOMICI PER AFFIDO FAMILIARE RESIDENZIALE DI  
MINORI –Annualità 2021-**

(L.184/83 e s.m.i., L.149/2001 e L. 173/2015 DGR 706/2007)

1- Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a ..... (.....) il  
....., C.F. .... residente a..... (.....) in  
Via ..... n.....,Telefono .....  
Indirizzo di posta elettronica ..... in qualità di  
.....

2- Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a ..... (.....) il  
....., C.F. .... residente a..... (.....) in  
Via ..... n.....,Telefono .....  
Indirizzo di posta elettronica ..... in qualità di  
.....

**CHIEDONO**

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

**MINORE 1:**

Cognome e Nome ....., nato/a a ..... (.....) il  
....., C.F. .... residente a.....

**MINORE 2:**

Cognome e Nome ....., nato/a a ..... (.....) il  
....., C.F. .... residente a.....

**TIPOLOGIA DELL’AFFIDAMENTO CERTIFICATO DAL TRIBUNALE (barrare la casella corrispondente)**

Consensuale  Giudiziale  Endo-familiare (parenti entro il 4° grado)  Etero-familiare  
 Affidamento residenziale  Affidamento diurno con mensa  Affidamento diurno senza mensa  
 Affidato familiare di minori in situazione di handicap, accertata dall’Unità operativa della Legale della Azienda  
sanitaria Provinciale e/o accertata ai sensi della L. 104/92.

**TEMPI DI AFFIDO: DATA DI INIZIO E FINE DEL PROVVEDIMENTO**

**MINORE 1:**

➤ durata dell’affidamento: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ disposto  
dal \_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
➤ Indicare il Servizio Sociale, cui il Tribunale ha attribuito la responsabilità del programma di intervento  
\_\_\_\_\_

**MINORE 2:**

➤ durata dell’affidamento: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ disposto  
dal \_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

