

**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

\_\_\_\_\_