

ALLEGATO A)
Al Comune di Gaeta
capofila del Distretto Socio Sanitario LT/5

per il tramite
del COMUNE di _____

DOMADA
PER LA CONCESSIONE DI ASSEGNI DI BASE
A SOSTEGNO DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE DI MINORI
(L.184/83 e sue modifiche L.149/2001 e L. 173/2015)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e Cognome	
Luogo e Data di nascita	
Indirizzo di residenza o domicilio	
Telefono	
Email	

IN QUALITA’ DI _____

CHIEDE
LA CONCESSIONE DI ASSEGNI DI BASE
A SOSTEGNO DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE DI MINORI
(L.184/83 e sue modifiche L.149/2001 e L. 173/2015)

Nome e Cognome	
Luogo e Data di nascita	
Indirizzo di residenza o domicilio	

Nome e Cognome	
Luogo e Data di nascita	
Indirizzo di residenza o domicilio	

Nome e Cognome	
Luogo e Data di nascita	
Indirizzo di residenza o domicilio	

TIPOLOGIA DELL’AFFIDAMENTO:

- consensuale
- giudiziale

DURATA DELL’AFFIDAMENTO _____

CERTIFICAZIONI “OBBLIGATORIE” DA ALLEGARE

- DECRETO DI AFFIDAMENTO FAMILIARE DEL GIUDICE TUTELARE
- PROVVEDIMENTO DEL TRIBUNALE PER I MINORENNI
- CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL MINORE/I NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

LUOGO E DATA _____

FIRMA del genitore affidatario

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del D.lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679 e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli Enti preposti.

LUOGO E DATA _____

FIRMA del genitore affidatario
