



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

**ISTANZA CONTRIBUTO ECONOMICO IN FAVORE DELLE FAMIGLIE E/O DEI SINGOLI AFFIDATARI PER L'ANNO 2022**

Il sottoscritto ..... nato a .....  
il ..... residente in .....  
alla via ..... Cap.....  
Codice fiscale ..... Doc. d'identificazione n. ....  
rilasciato da ..... il.....

e

La sottoscritta ..... nato a .....  
il ..... residente in .....  
alla via ..... Cap.....  
Codice fiscale ..... Doc. d'identificazione n. ....  
rilasciato da ..... il.....

*In qualità di affidatari/o del/i minore/i sotto indicato/i (compilare un box per ogni minore inaffido)*

Nome e Cognome del minore.....  
Nato/a a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

**Paternità**

Nome e Cognome.....  
Nato/a a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

**Maternità**

Nome e Cognome.....

Regione Campania

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell'Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: pszn23@pec.comune.nola.na.it



**Comune di Nola capofila**



**Ufficio di Piano**

Nato/a a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

Nome e Cognome del minore.....  
Nato/a a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

**Paternità**

Nome e Cognome.....  
Nato/a a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

**Maternità**

Nome e Cognome.....  
Nato/a a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

Nome e Cognome del minore.....  
Nato/a a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

**Paternità**

Nome e Cognome.....  
Nato/a a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

**Maternità**

Nome e Cognome.....



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

Nato/a ..... il.....  
codice fiscale ..... residente in.....  
alla Via..... Cap.....

**CHIEDE/CHIEDONO**

Di essere ammessi all'erogazione del contributo economico, per l'anno 2022, in favore delle famiglie affidatarie ai sensi del "Regolamento S.A.A.T. - Servizio Affidato e Adozioni dell'Ambito Territoriale N23" approvato nel coordinamento istituzionale n 36 del 18/02/2022.

**DICHIARA/DICHIARANO**

sotto la propria responsabilità, consapevole/i delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 e consapevole/i del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante perderà i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000:

1. di avere in affidamento il/i minore/i sopra elencati come stabilito dal:

- provvedimento del Tribunale per i minorenni n. .... del .....
- provvedimento amministrativo emesso dal Comune di .....  
n. .... del .....
- provvedimento del Tribunale Ordinario di .....  
Sez ..... n. .... del .....

2. L'affidamento è inquadrato giuridicamente come (*barrare l'opzione interessate*):

- affidamento intrafamiliare (specificare il grado di parentela .....)  
 residenziale     part-time.
- affidamento eterofamiliare  
 residenziale     part-time.

3. L'affidamento del/i minore/i è iniziato in data ..... ed è ancora in corso al momento della sottoscrizione della domanda.

Regione Campania

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano    Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell'Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: pszn23@pec.comune.nola.na.it



**Comune di Nola capofila**



**Ufficio di Piano**

4. L'affidamento del/i minore/i è iniziato in data ..... e terminato in data.....
5. Di essere consapevole che questo Ambito potrà procedere ad accertamenti diretti su quanto autocertificato (L. 241/90 art. 6) e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per le dichiarazioni mendaci e l'uso di atti falsi.
6. Che il proprio nucleo familiare è così composto:

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Rapporto di parentela</b>

7. Di voler ricevere l'accredito del sostegno economico sul seguente conto corrente:  
 IBAN .....  
 attivo presso.....  
 intestato a.....
8. Di rendersi disponibile alla presa in carico a cura del S.A.A.T. dell'Ambito N23 e di impegnarsi a partecipare a tutte le attività di sostegno e di accompagnamento all'affido organizzate dal citato Servizio.
8. Che il Servizio Sociale territorialmente competente che ha in carico il/i minori/i è quello del Comune di ..... e che l'Assistente Sociale referente del caso è la dr.ssa .....
9. Di essere consapevoli che il contributo economico erogato alla famiglia affidataria è finalizzato al mantenimento e alla crescita del minore nel nuovo nucleo familiare e che verrà corrisposto in



**Comune di Nola capofila**



**Ufficio di Piano**

seguito all'accertamento dei requisiti, così come stabilito nel Regolamento del S.A.A.T. dell'Ambito N23.

Si allega:

- Copia dei documenti d'identità in corso di validità;
- Copia del provvedimento di affidamento;
- Copia dell'attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo e Data

.....

Firma

.....

.....

Il sottoscritto ..... autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

La sottoscritta ..... autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma

.....

.....

Regione Campania

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitre – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo Bel Sito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila: Nola, C. F. 84003330630 – Sede dell'Ufficio di Piano di Zona: Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel: 081/8226297; pec: pszn23@pec.comune.nola.na.it