

ALLEGATO
INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA ANNO 2020/2021 INTERVENTO 2 - AZIONE D

Attestazione di presa in carico del Responsabile del Servizio Sociale comunale competente

(compilare a cura del Responsabile del Servizio competente)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ in qualità di Responsabile del Servizio _____ del Comune di _____

ATTESTA

che il nucleo familiare di (*richiedente beneficio Avviso Pubblico*):

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
_____ il _____ CF _____ residente a _____
_____ in via _____ cittadinanza _____ è inserito/a

in un percorso di presa in carico da parte del Servizio Sociale del Comune di a far data dal (antecedente la data di pubblicazione dell'Avviso).

Data, _____

Timbro e Firma