

ALLEGATO B – ATTESTAZIONE DI PRESA IN CARICO DEL NUCLEO FAMILIARE

Fondo regionale di contrasto all'emergenza abitativa – Annualità 2026

(MISURA 1)*(compilare a cura del Responsabile dei Servizi Sociali o del Servizio Socio- Sanitario Pubblico)*

Il sottoscritto / la sottoscritta:	
Cognome	
Nome	
C.F.	

in qualità di Responsabile dei/del

<input type="checkbox"/>	Servizi sociali del Comune di	
<input type="checkbox"/>	Servizio socio-sanitario pubblico	

ATTESTA CHE

Il nucleo familiare del Sig./della <u>Sig.ra</u>	
Cognome	
Nome	
C.F.	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo di residenza	
Cittadinanza	

È IN CARICO

<input type="checkbox"/>	al Servizio Sociale con uno specifico progetto condiviso volto al raggiungimento dell'autonomia dal (<i>inserire la data di presa in carico</i>)	
<input type="checkbox"/>	al Servizio Socio-sanitario pubblico dal (<i>inserire la data di presa in carico</i>)	

(Luogo e Data)

Il Responsabile
