

ALLEGATO 3 – ATTESTAZIONE DI PRESA IN CARICO DEL NUCLEO FAMILIARE

Fondo regionale di contrasto all'emergenza abitativa – Annualità 2026

(MISURA 1)*(compilare a cura dei Servizi Sociali)*

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

in qualità di Responsabile/Case Manager dei/del

<input type="checkbox"/>	Servizio Sociale _____	
--------------------------	------------------------	--

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>	
--------------------------	--	--

(Luogo e Data)

Il Responsabile/Case Manager
