



Comune di Monte di Procida

Allegato B –Attestazione di presa in carico del nucleo familiare

FONDO REGIONALE DI CONTRASTO ALL'EMERGENZA ABITATIVA. ANNUALITA' 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	
Servizi Sociali del Comune di	
Servizio socio sanitario pubblico	

ATTESTA CHE

Il nucleo familiare del Sig./della Sig.ra	
Cognome	
Nome	
C.F.	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Telefono	
e-mail	

È IN CARICO

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

Luogo e data

Il Responsabile
