

**MODULO 12/A: APOGGIO FAMILIARE - ATTIVAZIONE APOGGIO FAMILIARE**

Ai/al Genitori/e esercenti/e

la Potestà o Tutore

Sig. \_\_\_\_\_

Agli/all' Affidatari/o d'Appoggio

Sig. \_\_\_\_\_

**L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE DI** \_\_\_\_\_

- In rispetto della Legge 184/83 *Disciplina dell'adozione e dell'Affidamento Familiare* e successive modifiche Legge 149/01 *Diritto del minore ad una famiglia*;
- In rispetto del REGOLAMENTO DEI SERVIZI PER LA TUTELA DEI MINORI dell'ASP AMBITO 9, approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 80 del 09.12.2021;
- Preso atto del consenso, prestato con separato atto, dei/l genitori/e o tutore esercente/i la potestà genitoriale,
- Rilevato il consenso, prestato con separato atto, degli/dell' affidatari/o d'appoggio

**DISPONE**

L'avvio (rif. Det. Dirig. n. del \_\_\_\_\_) del Servizio di appoggio familiare a favore de\_ minor \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ resident\_ a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_.

\_I\_ minor\_ in oggetto, secondo quanto riportato dal progetto stilato dai Servizi e secondo quanto concordato dalle parti in indirizzo, viene affidato a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nelle giornate di \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ai/l Sig. \_\_\_\_\_ resident\_ a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**DEMANDA**

Ai Servizi Territoriali (Ente locale e/o ASUR), in collaborazione con il Servizio Integrato Affidato, la gestione del servizio di appoggio familiare

**SI IMPEGNA**

- A corrispondere su richiesta degli /all'affidatari/o d'appoggio, a titolo di rimborso spese una somma \_\_\_\_\_ di Euro \_\_\_\_\_, come stabilito dall'Art. 24 del Regolamento;
- A stipulare una polizza assicurativa a cura e a spese dell'Amministrazione Comunale, Polizza n. \_\_\_\_\_ con la società \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_ (Art. 23 del Regolamento)

**INFORMA**

Che il presente impegno potrà essere risolto in ogni momento nel caso in cui la sua prosecuzione arrechi pregiudizio al minore, o qualora non vi siano più i presupposti per la sua continuazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il Sindaco**



**UO MINORI E FAMIGLIA**

## **MODULO 12/B: APOGGIO FAMILIARE - IMPEGNO DEGLI AFFIDATARI**

### **D'APPOGGIO**

I sottoscritt \_\_\_\_\_  
resident\_ a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di affidatari/o d'appoggio

#### **DICHIARANO**

- Di aver preso conoscenza delle condizioni generali di cui al REGOLAMENTO DEI SERVIZI PER LA TUTELA DEI MINORI dell'ASP AMBITO 9, approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 80 del 09.12.2021 e con Delibera di Consiglio Comunale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- Di rendersi disponibili/e ad offrire appoggio familiare a \_\_\_\_\_ minor \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nelle giornate di \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

#### **SI IMPEGNANO**

- A rispettare le condizioni previste nel Regolamento sopra citato
- A rispettare il progetto concordato
- A collaborare con i Servizi preposti: **Operatori Servizi Territoriali (Ente Locale e/o Asur) responsabili del progetto di tutela in collaborazione con il Servizio Integrato Affidato**

Nome \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Servizio ASUR \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

#### **PRENDONO ATTO ED ACCETTANO**

- Che il minore affidato è coperto da una polizza d'assicurazione stipulata a cura ed a carico dell'Amministrazione Comunale, Polizza n° \_\_\_\_\_ con la società \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_  
Per qualsiasi incidente dovesse occorrere al minore deve essere immediatamente segnalato al Servizio Sociale del Comune per gli adempimenti connessi a tale assicurazione.
- Che l'Amministrazione Comunale corrisponderà \_\_\_\_\_ un rimborso spese di Euro \_\_\_\_\_, su richiesta degli interessati, secondo quanto indicato dall'Art. 24 del Regolamento.
- Che il Servizio Sociale Comunale si riserva la facoltà di accertare direttamente l'adempimento da parte degli affidatari d'appoggio di quanto stabilito dal presente accordo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Gli affidatari d'appoggio**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**MODULO 12/C: APOGGIO FAMILIARE - IMPEGNO DEI/L GENITORI/E  
ESERCENTI/E LA POTESTA' O TUTORE**

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
resident\_ a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di genitori/e esercenti/e la potestà o tutore de\_ minor \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

- Di aver preso conoscenza delle condizioni generali di cui al al REGOLAMENTO DEI SERVIZI PER LA TUTELA DEI MINORI dell'ASP Ambito Territoriale Sociale IX, approvato con Deliberazione del Comitato dei Sindaci n.5 del 19.03.2013 e con Delibera di Consiglio Comunale n. \_\_\_\_\_ del
- Di voler affidare il minore che è sotto la propria potestà a decorrere dal \_\_\_\_\_  
\_al nelle giornate di \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ai/I Sig. \_\_\_\_\_  
residenti a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_.

**SI IMPEGNANO**

- A rispettare le condizioni previste nel Regolamento sopra citato
- A rispettare il progetto concordato
- A collaborare con i Servizi preposti: **Operatori Servizi Territoriali (Ente Locale e/o Asur) responsabili del progetto di tutela in collaborazione con il Servizio Integrato Affidato**

Nome \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Servizio ASUR \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**I/Il genitori/e esercente la responsabilità  
genitoriale o tutore.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MODULO 12/D: APPOGGIO FAMILIARE - PROSECUZIONE DELL'APPOGGIO**

Ai/al Genitori/e esercenti/e

la Potestà o Tutore

Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Agli/all' Affidatari/o d'appoggio

Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE DI** \_\_\_\_\_

- In rispetto del al REGOLAMENTO DEI SERVIZI PER LA TUTELA DEI MINORI dell'ASP AMBITO 9, approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 80 del 09.12.2021 e con Delibera di Consiglio Comunale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- Preso atto del consenso, prestato con separato atto, dei/l genitori/e o tutore esercente/i la potestà genitoriale,
- Rilevato il consenso, prestato con separato atto, degli/dell' affidatari/o d'appoggio

**DISPONE**

La prosecuzione del Servizio di appoggio familiare a favore de\_ minor \_\_\_\_\_, nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ resident\_ a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_; affidat\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nelle giornate di \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ai/l Sig. \_\_\_\_\_ resident\_a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il Sindaco**

\_\_\_\_\_

**MODULO 12/E: APOGGIO FAMILIARE - CESSAZIONE APOGGIO FAMILIARE**

Ai/al Genitori/e esercenti/e

la Potestà o Tutore

Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Agli/all' Affidatari/o d'Appoggio

Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE** Di \_\_\_\_\_

- In rispetto del al REGOLAMENTO DEI SERVIZI PER LA TUTELA DEI MINORI dell'ASP AMBITO 9, approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.80 del 09.12.2021 e con Delibera di Consiglio Comunale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

**DISPONE**

La cessazione del Servizio di appoggio familiare a favore de\_ minor \_\_\_\_\_,  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ resident\_ a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_; affidat\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nelle  
giornate di \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ai/l  
Sig. \_\_\_\_\_ resident\_ a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_.

Si comunica la cessazione dell'appoggio familiare a decorrere dal \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il Sindaco**

\_\_\_\_\_



**MODULO 12/F: APPOGGIO FAMILIARE - DICHIARAZIONE DI CESSAZIONE DI  
DIPONIBILTA' DEGLI AFFIDATARI DI APPOGGIO**

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
resident\_ a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di affidatari/o d'appoggio

**DICHIARANO**

**Di voler ritirare** la propria disponibilità per il Servizio di appoggio familiare rivolto a \_minor\_  
\_\_\_\_\_ che avevano affidat\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_ nelle giornate di \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
secondo quanto concordato precedentemente con i/l genitori/e esercenti/e la potestà o tutore e con i Servizi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Gli affidatari d'appoggio**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**MODULO 12/G: APPOGGIO FAMILIARE - DICHIARAZIONE DI CESSAZIONE  
CONSENSO PER L' APPOGGIO DEI/L GENITORI/E ESERCENTI/E LA POTESTA'  
O TUTORE**

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
resident\_ a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di genitori/e esercenti/e la potestà o tutore de\_ minor\_ \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

**Di non** autorizzare ulteriormente l'affido "in appoggio" de\_ minor\_ \_\_\_\_\_  
che è sotto la propria potestà, ai/I Sig. \_\_\_\_\_, secondo quanto era stato  
concordato precedentemente con gli affidatari d'appoggio e con i Servizi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**I/Il genitori/e esercente la responsabilità  
genitoriale o tutore.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_