



UO MINORI E FAMIGLIA

MODULO 11/A: AFFIDO FAMILIARE - IMPEGNO DEGLI AFFIDATARI

(affido consensuale o giudiziario)

I sottoscritt_ _____

resident_ a _____ in via _____ tel. _____

in qualità di affidatari_

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;

SI IMPEGNANO

- Ad _____ accogliere _____ in _____ affidamento _____ con _____ la _____ tipologia di _____ secondo l'Art. 8 del Regolamento dell'ASP AMBITO 9 il minore _____ provvedendo al suo mantenimento, cura, educazione ed istruzione tenuto conto delle indicazioni dei genitori per i quali non vi sia pronuncia di decadenza di potestà genitoriale o del tutore, osservando le prescrizioni eventualmente stabilite dall'autorità affidante;
- 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** _____
- ad avvisare tempestivamente i Servizi stessi di ogni difficoltà insorgente (ex. malattia, salute cagionevole, disagio comportamentale, persistente e scarso rendimento scolastico), fornendo tutte le notizie necessarie;
- ad assicurare regolare assistenza sanitaria (ivi compresi i controlli periodici) e prendere provvedimenti rapidi, in caso di pericolo di vita del minore, diretti ad attuare gli interventi medici e chirurgici giudicati urgenti ed improrogabili, e a darne immediata comunicazione ai Servizi socio-assistenziali responsabili del caso ed all'esercente la potestà genitoriale o tutore;
- a curare e mantenere i rapporti con la famiglia di origine del minore secondo modalità e tempi concordati con gli operatori, salvo specifiche prescrizioni dell'autorità giudiziaria;
- a partecipare agli incontri stabiliti dagli operatori per verificare l'andamento dell'affido;
- ad impegnarsi alla formazione partecipando al gruppo delle famiglie affidatarie per il primo anno;
- a favorire i contatti del minore con i genitori esercenti la potestà genitoriale o il tutore e con eventuali parenti, secondo modalità e tempi previsti dal progetto sul minore e concordati con i Servizi, salvo specifiche prescrizioni dell'autorità affidante;

PRENDONO ATTO ED ACCETTANO

- Che il minore in affidamento è coperto da una polizza di assicurazione stipulata a cura ed a spese dell'Amministrazione Comunale, Polizza n. _____ con la Società _____ con sede a _____

per cui qualsiasi incidente dovesse occorrere al minore affidato deve essere immediatamente segnalato ai Servizi socio-assistenziali del Comune per gli adempimenti connessi a tale assicurazione;

- che il Comune verserà all.. sottoscritt..., al termine di ogni mese, un importo pari a €(In lettere) quale contributo per il mantenimento del minore che sarà riscosso o versato sul c/c n..... Bancaagenzia.....

Luogo e data _____

Gli/L' affidatari/o



UO MINORI E FAMIGLIA

MODULO11/B: AFFIDO FAMILIARE - IMPEGNO DEI GENITORI/E ESERCENTI/E LA POTESTA' O

TUTORE

(affido consensuale)

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 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;
- Di prestare ai sensi degli artt. 2, 4, 5 della Legge 4 maggio 1983 n.184 e successive modifiche L.149 /'01, il proprio consenso all'affido con la tipologia di _____ secondo l'Art. 8 del Regolamento dell'ASP AMBITO 9 de_ minor_ _____ ai/l Sig. _____ resident_ 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 _____

Il/i genitori/e esercente la responsabilità genitoriale o tutore.



UO MINORI E FAMIGLIA

MODULO 11/C: AFFIDO FAMILIARE DICHIARAZIONE DI CESSAZIONE DI DISPONIBILITA' DEGLI

AFFIDATARI

(affido consensuale o giudiziario)

I sottoscritt_ _____
resident_ a _____ in via _____ tel. _____
in qualità di affidatari_

DICHIARANO

Di non essere ulteriormente disponibili alla prosecuzione dell'affido con la tipologia di _____ secondo l'Art. 8 del Regolamento dei Servizi per la tutela dei minori dell'ASP AMBITO 9 de_ minor _____, rispetto a quanto concordato precedentemente e previsto all'interno del progetto sul minore, come da documentazione del Servizio Sociale del Comune di _____

Luogo e data _____,

Gli/L'affidatari/o



UO MINORI E FAMIGLIA

**MODULO 11/D: AFFIDO FAMILIARE - DICHIARAZIONE DI CESSAZIONE CONSENSO AFFIDO DEI
GENITORI/ ESERCENTI LA POTESTA' /TUTORE (affido consensuale)**

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 la prosecuzione dell'affido con la tipologia di _____ secondo l'Art. 8 del Regolamento dei Servizi per la tutela dei minori dell'ASP AMBITO 9 de_ minor_ _____ che è sotto la propria potestà ,ai/I Sig.

_____ rispetto a quanto concordato precedentemente e previsto all'interno del progetto sul minore, come da documentazione del Servizio Sociale del Comune di _____

luogo e data _____ , _____

I/II genitori/e esercente la responsabilità genitoriale o tutore.

