

**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:	
<i>Cognome</i>	
<i>Nome</i>	
<i>C.F.</i>	

in qualità di Responsabile dei/del

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

**ATTESTA CHE**

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

**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

---

---

---