Allegato n. 3

CONSENSO DI UN GENITORE ALLA RISCOSSIONE DA PARTE DELL'ALTRO DEL CONTRIBUTO "PATTO DI CURA PER PERSONE IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITÁ NON AUTOSUFFICIENZA. ANNUALITÁ 2027-2028-2029"

***Attenzione**: il presente modulo non deve essere compilato in caso di omologa/sentenza di separazione o di divorzio con la/il quale sia stato disposto l'affidamento esclusivo del minore. Tale circostanza sarà verificata dall'ATS in fase di istruttoria.*

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____il _____residente a _____ in Via _____ Codice Fiscale _____

In qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore:

Cognome_____Nome_____ nato/a a _____il _____residente a _____ in Via _____Codice Fiscale _____

AUTORIZZO

l'Ambito Territoriale Sociale/Consorzio a versare il contributo economico erogato nell'ambito della misura "Patto di cura per persone in condizione di gravissima disabilità non autosufficienza. Annualitá 2027-2028-2029", sul conto corrente intestato all'altro genitore:

Cognome_____Nome_____,Nato/a_____ _____il_____Residente_____a_____in via_____Codice Fiscale _____

_____, li _____

Il genitore

_____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in formato digitale ovvero in forma olografa con allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.