



Allegato n. 3

**CONSENSO DI UN GENITORE ALLA RISCOSSIONE DA PARTE DELL'ALTRO DEL CONTRIBUTO
"PATTO DI CURA PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA NON AUTOSUFFICIENZA"**

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", 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.