

**DICHIARAZIONE DI PRESA IN CARICO DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA E DEI LORO FIGLI,  
DEGLI ORFANI DI DONNE VITTIME DI FEMMINICIDIO**

*(compilare a cura del Centro antiviolenza, Casa di Accoglienza e/o del legale rappresentante dell'Ambito)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in  
qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_,

Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_,

Centro Antiviolenza \_\_\_\_\_,

Casa di Accoglienza / Rifugio \_\_\_\_\_

• **Accreditato** dall'Ambito Territoriale \_\_\_\_\_ in virtù di provvedimento del  
\_\_\_\_\_, regolarmente aggiornato

• **Autorizzato** dall'Ambito Territoriale \_\_\_\_\_ in virtù di provvedimento del  
\_\_\_\_\_

• **Gestito** dall'Ambito Territoriale \_\_\_\_\_, regolarmente aggiornato

**ATTESTA CHE**

la sig.ra \_\_\_\_\_, nata a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_

è inserita in un percorso di emancipazione e autonomia intrapreso presso l'indicato/a Centro Antiviolenza / Casa di Accoglienza e/o Rifugio per la fuoriuscita dalla violenza di genere

è in carico presso l'indicato/a Centro Antiviolenza / Casa di Accoglienza e/o Rifugio dal  
\_\_\_\_\_ (inserire la data di presa in carico)

(Luogo e Data)

\_\_\_\_\_  
Il l.r.p.t. del Centro Antiviolenza  
Il l.r.p.t. della Casa di Accoglienza  
Il l.r.p.t. dell'Ambito Territoriale  
Il Responsabile del Servizio Sociale Professionale