

DICHIARAZIONE DI PERMANENZA 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

☐ alla data del _____ 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