# Allegato 2

DICHIARAZIONE DI PRESA IN CARICO DEGLI ORFANI DI DONNE VITTIME DI FEMMINICIDIO

# - “Avviso Pubblico – Contributo orfani di vittime di femminicidio. Legge Regionale 34/2017 annualità

**2025”**

*(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

* **Autorizzato** dall’Ambito Territoriale in virtù di provvedimento del

;

* **Accreditato** dall’Ambito Territoriale in virtù di provvedimento del

, regolarmente aggiornato;

# OPPURE

* **Gestito** dall’Ambito Territoriale , regolarmente aggiornato;

# ATTESTA CHE

*(Nome e Cognome dell’orfano)* , nato/a a

il , C.F. residente

in alla via

cittadinanza

è orfano della sig.ra *(Nome e cognome della madre)*

vittima di femminicidio;

è preso in carico presso l’indicato/a Centro Antiviolenza / Casa di Accoglienza / Casa Rifugio e/o Servizi Sociali dal

(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