

ALL'ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE
SOCIALI E DEL LAVORO
Dipartimento regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali
Servizio 2 – Coordinamento dei distretti e servizi socio sanitari
- Ufficio Piano
Via Trinacria, 34

PALE RMO

___ l ___ sottoscritt _____, nat_ a _____
residente in _____ Via _____,
legale rappresentante del _____
con sede legale in _____ Via _____
tel. _____ email _____.

CHIEDE

che ___ l ___ _____
venga iscritt _____ all'albo regionale delle istituzioni assistenziali (art. 26 l.r. 22/86) per la sezione
_____ e tipologia _____.

SEZIONE:

- **Minori**
- **Anziani**
- **Inabili**
- **Gestanti e madri con figli - donne vittime di violenza**

TIPOLOGIA:

- **Istituto a semiconvitto**
- **Nido d'Infanzia o Asilo Nido**
- **Micro nido**
- **Spazio gioco per bambini**
- **Centri per bambini e famiglie**
- **Centro diurno, assistenza ed incontro**
- **Casa famiglia per minori**
- **Strutture di Primiissima Accoglienza (M.S.N.A.)**
- **Strutture di Accoglienza di Secondo Livello (M.S.N.A.)**
- **Comunità alloggio**
- **Casa albergo**
- **Casa di riposo**
- **Casa protetta**
- **Centro di accoglienza per residenzialità diurna o residenziale temporanea**
- **Soggiorni vacanza**
- **Comunità di tipo familiare**

Specificare la sezione che interessa

Specificare la tipologia che interessa

- Assistenza domiciliare
- Telesoccorso
- Centro anti violenza
- Casa di accoglienza ad indirizzo segreto e strutture di ospitalità in emergenza
- Casa di accoglienza per gestanti e madri con figli

Firma autenticata del legale rappresentante

- L'Ente deve specificare l'A.S.P. di appartenenza (A.S.P. n. _____ di _____)