



# COMUNE DI LINGUAGLOSSA

CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA

Prot 1463 25 GEN. 2024

## SI RENDE NOTO

Che il Comune di Giarre, capo fila del Distretto Socio-Sanitario n.17, intende avviare il **Centro Affidamento Distrettuale**. Pertanto propone un **Percorso formativo – informativo inerente l’Affido etero – familiare**, finalizzato alla progressiva maturazione della scelta di famiglie o persone singole per accogliere, temporaneamente, minorenni privi di ambiente familiare idoneo, sostenendo le varie famiglie di origine.

Chiunque fosse interessato può iscriversi facendo pervenire la richiesta, utilizzando esclusivamente l'apposito modulo allegato, entro giorno **02 Febbraio 2024**, tramite Pec: [protocollo@pec.comune.giarre.ct.it](mailto:protocollo@pec.comune.giarre.ct.it)

Tale percorso si terrà a Giarre, distribuito in n.3 incontri nelle giornate di martedì 06/02/2024, 20/02/2024 e 27/02/2024, dalle ore 16.00 alle ore 18.00, presso Via F.II° di Svevia s.n.c.

Si allega in pdf:

- Modulo d'iscrizione

IL SINDACO  
(Avv. LUCA STAGNITTA)

**DISTRETTO**  
**SOCIOSANITARIO N° 17**

**COMUNI DI: Calatabiano - Castiglione di Sicilia - Fiumefreddo di Sicilia – Linguaglossa –  
Mascali – Milo - Piedimonte Etneo – Riposto - Sant’Alfio.**

*Ente Capofila: Comune di Giarre*

**Al Centro Affidato Distrettuale  
c/o Comune di Giarre  
Via Callipoli n.81**

**Oggetto: RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL PERCORSO INFORMATIVO-FORMATIVO SU AFFIDO ETEROFAMILIARE**

Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Comune di residenza:** \_\_\_\_\_ **Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Comune di residenza:** \_\_\_\_\_ **Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Chiede/ono di partecipare al percorso formativo/informativo e a tal fine dichiara/no che il proprio nucleo familiare è così composto (compreso/i il/i richiedente/i):**

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Titolo di studio	Professione

**Si allega/no documento/i di identità in corso di validità**

**Autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del GDPR e del D.Lgs. 196/2003.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_