



**SCHEDA ATTIVAZIONE
Progetto Sostegno**

COMUNE: _____

ENTE INVIANTE (S.S., Centro per le Famiglie, Caritas, o non istituzionale, ecc.)

Referente: _____ mail: _____

Tel. _____

Composizione e specifiche del nucleo familiare

Padre (età, origine, professione) _____

Madre (età, origine, professione) _____

Figli (età, scuola frequentata) _____

Altri componenti (età, origine, professione) _____

Breve presentazione del nucleo familiare/persona

Bisogno emergente per il quale si richiede il sostegno

Servizio richiesto

Tempistica.

Inizio previsto: _____

Durata prevista: _____

Termine previsto: _____

Data: _____

Firma (Ente Inviante): _____