|  |  |
| --- | --- |
| Funzionario incaricato |  |

Il/La sottoscritto/a

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome |  | Domicilio |  |

**chiede il riconoscimento di una prestazione speciale per i diritti di visita**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| per il/la figlio/a  (una richiesta per figlio) |  | per il mese |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Per notte**  **(con pernottamento)** | **Giorno singolo (senza pernottamento)** | **IMPORTO**  (*lasciare in bianco)* |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **21** |  |  |  |
| **22** |  |  |  |
| **23** |  |  |  |
| **24** |  |  |  |
| **25** |  |  |  |
| **26** |  |  |  |
| **27** |  |  |  |
| **28** |  |  |  |
| **29** |  |  |  |
| **30** |  |  |  |
| **31** |  |  |  |
| Totale | | |  |

*La richiesta deve essere fatta mensilmente ma al più tardi entro 3 mesi.*

*L’importo massimo versato è stabilito come segue:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Numero di figli* | *per notte*  *fr.* | *Giorno singolo (senza pernottamento) fr.* |
| *1° figlio* | *17.00* | *9.00* |
| *2° figlio* | *11.00* | *6.00* |
| *3° figlio* | *9.00* | *5.00* |
| *4° figlio* | *9.00* | *5.00* |
| *5° e più figli* | *7.00* | *4.00* |

*In caso di pernottamento si applica l’importo per notte per il numero di notti.*

*Se il genitore che richiede i diritti di visita riceve degli alimenti per il/i figlio/i, essi vengono computati. Se l’importo degli alimenti è insufficiente per coprire le spese per i diritti di visita stabilite come sopra, potrà essere riconosciuta la quota mancante.*

*Le spese per i diritti di visita sono riconosciute anche quando entrambi i genitori sono al beneficio di prestazioni assistenziali.*

(cfr. punto 4.3 lett. d delle Direttive riguardanti gli importi delle prestazioni assistenziali per il 2021 e Disposizione Diritti di visita, marzo 2018)

In fede:

Luogo e data

Firma del

Richiedente

Confermo l’effettiva esecuzione dei diritti di visita:

Luogo e data

Firma dell’altro

Genitore