

ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI

Scheda di presentazione

a) Dati anamnestici :

DATA DELLA RICHIESTA: _____

PADRE
NOME E COGNOME _____ **C.F.** _____
RESIDENTE a _____ **in Via** _____

MADRE
NOME E COGNOME _____ **C.F.** _____
RESIDENTE a _____ **in Via** _____

CURATORE/TUTORE/ENTE AFFIDATARIO
NOME E COGNOME _____
Decreto n. _____

MINORE:
NOME E COGNOME _____
DATA DI NASCITA _____ **C.F.** _____
RESIDENTE a _____ **in Via** _____
FEMMINA **MASCHIO**

Provvedimento dell'autorità giudiziaria: si no Decreto numero:

Consenso/autorizzazione esercenti responsabilità genitoriale : si no
(Si allega modulo)

Certificato ai sensi della legge 104: si no

Accompagnamento/indennità di frequenza : si no

Condizione familiare: in famiglia con altri

Già in carico presso Servizi Sociosanitari: si no

Già in carico presso Servizi Sanitari: si no

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE (indicare tutti i componenti)

NOME	Cod. Fiscale	Luogo e data di nascita	Parentela con il/i minore/i	Stato civile	Titolo di studio	Professione	Note

Motivo della richiesta

SERVIZIO ADM

INCONTRI PROTETTI

(Se vengono richiesti entrambi i servizi barrare entrambe le opzioni)

Servizio ADM

Data di inizio: _____

Durata prevista dell'intervento: _____

Luogo dell'intervento: _____

Ore settimanali previste _____

TIPOLOGIA DEL PROGETTO accessi settimanali

2 ORE SETTIMANALI + 2 ORE DI EQUIPE AL MESE

4 ORE SETTIMANALI + 2 ORE DI EQUIPE AL MESE

6 ORE SETTIMANALI + 2 ORE DI EQUIPE AL MESE

8 ORE SETTIMANALI + 2 ORE DI EQUIPE AL MESE (*)

10 ORE SETTIMANALI + 2 ORE DI EQUIPE AL MESE (*)

(*) AUMENTABILI A 3 LADDOVE NECESSARIO E PREVENTIVAMENTE CONCORDATO CON I SERVIZI COMPETENTI



Incontri Protetti

Durata prevista dell'intervento: _____

Luogo dell'intervento: _____

+ ____ ora settimanale/quindicinale d'équipe

Cadenza dell'incontro e durata dell'incontro _____

Compartecipazione fuori Ambito si no Comune di _____

Quota compartecipazione _____

Costi aggiuntivi previsti _____

Firma dell'Assistente Sociale richiedente

b) Contratto tra servizio sociale/servizio tutela minori e famiglia

BREVE PROGETTO DI INTERVENTO

- **Periodo del progetto:** dal _____ al _____
- **Prima verifica dopo una prima osservazione prevista fra circa 3 mesi dall'avvio con operatori coinvolti e famiglia per definizione piano individualizzato**
- **Informazioni sul nucleo familiare:**

- **Informazioni sui minori:**

- **Obiettivi generali e specifici dell'intervento:**

