



UO MINORI E FAMIGLIA

MODULO 10: PROGETTO AFFIDO E APPOGGIO

Prot. N. _____

Luogo e data _____

OPERATORI RESPONSABILI DEL PROGETTO DI TUTELA

Nome e cognome _____

Servizio di riferimento _____

Indirizzo _____

Tel e Fax _____

E-mail _____

MINORE

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

PROGETTO AFFIDO/APPOGGIO

- Appoggio
- Affidamento Giudiziario
- Affidamento Consensuale

Indicare la tipologia di affidamento individuato:

Tipologia intervento	Caratteristiche	Tipologia affidamento individuato
Affidamento a parenti entro il 4° grado	A tempo pieno	
Affidamento etero familiare	A tempo pieno	
Affidamento etero familiare	Parziale Diurno con pasto	
	Parziale Diurno senza pasto	
	Parziale Residenziale saltuario	
Affidamento etero familiare a famiglie in rete	A tempo pieno	

MOTIVAZIONE DEL PROGETTO DI AFFIDO/APPOGGIO

OBIETTIVI DEL PROGETTO DI AFFIDO/APPOGGIO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO DI AFFIDO/APPOGGIO

MODALITA' DI ACCOGLIENZA (indicare giorni ed orari)

Regolamentazione dei contatti tra minore e famiglia d'origine (visite, telefonate, modalità degli incontri, tempi, spazi, ecc.)

rapporti _____ madre/minore

rapporti
padre/minore _____

rapporti minore/altri componenti del nucleo familiare

MODALITA' DI RACCORDO CON I SERVIZI E VERIFICHE:

Con il servizio territoriale (Ente locale/o ASUR)

Con il servizio Integrato affido

Altro _____

Interventi a favore del nucleo affidatario durante l'affido

Rapporti previsti tra famiglia d'origine e affidataria (modalità degli incontri, tempi, spazi, contatti telefonici, ecc.)

Interventi a favore dalla famiglia d'origine

Gli operatori responsabili progetto di tutela
