

**MODULO 13: AFFIDO E APPOGGIO FAMILIARE - RICHIESTA RISORSA**

Prot. N.

Data di compilazione:

SERVIZIO SEGNALANTE \_\_\_\_\_

OPERATORE /I \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Dati anagrafici del minore**

<b>Cognome</b>		<b>Scuola frequentata</b>	<input type="checkbox"/> Scuola Infanzia	<input type="checkbox"/> Prim	<input type="checkbox"/> Sec. I Grado	<input type="checkbox"/> Sec. II Grado
<b>Nome</b>		<b>Ubicazione Scuola:</b>				
<b>Data di nascita</b>		<b>Luogo di nascita:</b>				
Tirocinio formativo:		Lavoro:				
<b>Titolo di studio</b>		<b>Ubicazione Occupazione:</b>				
<b>Elementi culturali significativi</b>	Religione	Altro				

**Collocazione attuale:**

a)	<input type="checkbox"/> Famiglia anagrafica	<input type="checkbox"/> Naturale	<input type="checkbox"/> Padre
		<input type="checkbox"/> Adottiva	<input type="checkbox"/> Madre
b)	<input type="checkbox"/> Parenti		
c)	<input type="checkbox"/> Famiglia affidataria		
d)	<input type="checkbox"/> Struttura residenziale	Indirizzo: Ingresso in struttura:	

<b>Altri servizi sanitari coinvolti nella presa in carico del minore (SERT, DSM, UMEE, Ospedali,...):</b>
Diagnosi sanitaria (testo diagnosi formulata dal Servizio Sanitario competente, agli atti del Servizio Sociale):

Dati anagrafici della madre					
Cognome:			Nome:		
Data di nascita:	Luogo:		Stato civile:		
Cittadinanza italiana	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Nazionalità:
Residenza :					
Domicilio :					
<b>Stato lavorativo : (indicare professione svolta o stato di disoccupazione/altro)</b>					
Permesso di soggiorno: <input type="checkbox"/> Si Validità al:			<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora
<input type="checkbox"/> Richiesto	Data:		<input type="checkbox"/>	Domiciliazione	
Stato di gravidanza	<input type="checkbox"/>	Si	Mese:		<input type="checkbox"/> No
<b>Presa in carico da parte del servizio di</b>					
<input type="checkbox"/> D.S.M. <input type="checkbox"/> S.E.R.T. <input type="checkbox"/> U.M.E.A.					
Diagnosi sanitaria (testo diagnosi formulata dal Servizio Sanitario competente, agli atti del Servizio Sociale):					

Dati anagrafici del padre					
Cognome:			Nome:		
Data di nascita:	Luogo:		Stato civile:		
Cittadinanza italiana	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Nazionalità:
Residenza :					
Domicilio:					
<b>Stato lavorativo : (indicare professione svolta o stato di disoccupazione/altro)</b>					
Permesso di soggiorno: <input type="checkbox"/> Si Validità al:			<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora
<input type="checkbox"/> Richiesto	Data:		<input type="checkbox"/>	Domiciliazione	

<b>Presenza in carico da parte del servizio di</b> <input type="checkbox"/> D.S.M. <input type="checkbox"/> S.E.R.T. <input type="checkbox"/> U.M.E.A.
Diagnosi sanitaria (testo diagnosi formulata dal Servizio Sanitario competente, agli atti del Servizio Sociale):

**Dati di altri componenti conviventi con il nucleo familiare del minore (es. partner della madre, nonni, zii ...)**

Parentela:			
Cognome	.....	Nome	.....
Data di nascita	.....	Luogo	.....
Cittadinanza italiana	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nazionalità : .....
<b>Permesso di soggiorno:</b>	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Validità al: ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/>

**Stato lavorativo : (indicare professione svolta o stato di disoccupazione/altro)**

Parentela:			
Cognome	.....	Nome	.....
Data di nascita	.....	Luogo	.....
Cittadinanza italiana	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nazionalità : .....
<b>Permesso di soggiorno:</b>	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Validità al: ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/>

**Stato lavorativo : (indicare professione svolta o stato di disoccupazione/altro)**

<b>Fratelli/sorelle</b>			
<b>Cognome</b>		<b>Scuola frequentata</b>	<input type="checkbox"/> Scuola Infanzia <input type="checkbox"/> Prim <input type="checkbox"/> Sec. I Grado <input type="checkbox"/> Sec. II Grado
<b>Nome</b>		Ubicazione Scuola:	
<b>Cognome</b>		<b>Scuola frequentata</b>	<input type="checkbox"/> Scuola Infanzia <input type="checkbox"/> Prim <input type="checkbox"/> Sec. I Grado <input type="checkbox"/> Sec. II Grado
<b>Nome</b>		Ubicazione Scuola:	
<b>Cognome</b>		<b>Scuola frequentata</b>	<input type="checkbox"/> Scuola Infanzia <input type="checkbox"/> Prim <input type="checkbox"/> Sec. I Grado <input type="checkbox"/> Sec. II Grado
<b>Nome</b>		Ubicazione Scuola:	
<b>Cognome</b>		<b>Scuola frequentata</b>	<input type="checkbox"/> Scuola Infanzia <input type="checkbox"/> Prim <input type="checkbox"/> Sec. I Grado <input type="checkbox"/> Sec. II Grado
<b>Nome</b>		Ubicazione Scuola:	

<b>PROBLEMATICHE DEL MINORE</b>	<b>PROBLEMATICHE DELLA FAMIGLIA</b>
---------------------------------	-------------------------------------

a) <input type="checkbox"/> Inadempienze scolastiche	a) Inadeguatezza a svolgere il ruolo genitoriale per:				
b) <input type="checkbox"/> Problemi relazionali	<input type="checkbox"/> Immaturità affettiva				
c) <input type="checkbox"/> Tendenza all'isolamento	<input type="checkbox"/> Limiti intellettivi				
d) <input type="checkbox"/> Oppositività	<input type="checkbox"/> Deprivazione socio-culturale-educativa				
e) <input type="checkbox"/> Aggressività	<input type="checkbox"/> Alta conflittualità all'interno della coppia				
f) <input type="checkbox"/> Iperattività	b) <input type="checkbox"/> Uso di sostanze	<input type="checkbox"/> Pd.	<input type="checkbox"/> Md.		
g) <input type="checkbox"/> Comportamenti trasgressivi	c) <input type="checkbox"/> Malattia mentale	<input type="checkbox"/> Pd.	<input type="checkbox"/> Md.		
h) <input type="checkbox"/> Sofferenza psichica	d) <input type="checkbox"/> Stato di detenzione	<input type="checkbox"/> Pd.	<input type="checkbox"/> Md.		
i) <input type="checkbox"/> Adultizzazione	e)	<input type="checkbox"/> Abuso sessuale			
		<input type="checkbox"/> Accertato	<input type="checkbox"/> Presunto		
l) <input type="checkbox"/> Fughe pregresse	f)	<input type="checkbox"/> Maltrattamento			
		<input type="checkbox"/> Accertato	<input type="checkbox"/> Presunto		
m) <input type="checkbox"/> Attaccamento indifferenziato	g)	<input type="checkbox"/> Decadimento potestà genitoriale	<input type="checkbox"/> Pd. <input type="checkbox"/> Md.		
n) <input type="checkbox"/> Uso di sostanze che creano dipendenza					
o) <input type="checkbox"/> Abuso sessuale				<input type="checkbox"/> Accertato	<input type="checkbox"/> Presunto
				<input type="checkbox"/> Accertato	<input type="checkbox"/> Presunto
p) <input type="checkbox"/> Maltrattamenti				<input type="checkbox"/> Accertati	<input type="checkbox"/> Presunti
				<input type="checkbox"/> Accertati	<input type="checkbox"/> Presunti
q) <input type="checkbox"/> Minore non accompagnato					
r) <input type="checkbox"/> Certificazione disabilità accertata ai sensi della legge 104/92					

### Caratteristiche del minore

Sviluppo cognitivo ed apprendimento del minore

Rapporti con le figure genitoriali

Rapporti significativi con la famiglia estesa e con il contesto sociale in cui vive il minore (vicinato, amicizie..)

### Caratteristiche della famiglia d'origine

### Interventi effettuati sul nucleo familiare

<b>Segnalazione del Servizio Sociale alla Procura</b>	<input type="checkbox"/>	<b>T.M.</b>	<input type="checkbox"/>	Data :
---	--------------------------	-------------	--------------------------	--------

<b>Ultimo Provvedimento Affidò Giudiziario</b>	<b>Decreto n° :</b>	<b>Data :</b>
--	---------------------	---------------

Allegare copia

- Richiesta Decretazione
- Incontri Protetti
- Provvedimenti Penali
- Altro \_\_\_\_\_

**Eventuali interventi precedenti**

a)	<input type="checkbox"/> Famiglia affidataria
b)	<input type="checkbox"/> Affidato a parenti
c)	<input type="checkbox"/> Centri di aggregazione
d)	<input type="checkbox"/> Strutture residenziali: Minori Madre/bambino
e)	<input type="checkbox"/> Domiciliarità
f)	<input type="checkbox"/> Altro

**Durata interventi**

Dal	al
Dal	al
Dal	al
Dal	al
Dal	al
Dal	al

**PROPOSTA PROGETTO DI AFFIDO /APPOGGIO FAMILIARE**

- Appoggio
- Affidato Giudiziario
- Affidato Consensuale

**Le motivazioni della richiesta di affidato/appoggio**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicare la tipologia di affidato individuato:

Tipologia intervento	Caratteristiche	Tipologia affidato individuato
Affidato a parenti entro il 4° grado	<i>A tempo pieno</i>	
Affidato etero familiare	<i>A tempo pieno</i>	
Affidato etero familiare	<i>Parziale</i>	
	<i>Diurno con pasto</i>	
	<i>Parziale</i>	
	<i>Diurno senza pasto</i>	
	<i>Parziale Residenziale saltuario</i>	
Affidato etero familiare a famiglie in rete	<i>A tempo pieno</i>	

**Appoggio familiare:** indicare la frequenza (giorni e orario settimanale) e l'eventuale rimborso con cesso se richiesto dalla famiglia di Appoggio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durata presunta dell'affidato/appoggio

\_\_\_\_\_

Incontri con famiglia d'origine	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, con frequenza	<input type="checkbox"/> luogo:
---------------------------------	-----------------------------	--	---------------------------------

**ALTRO**

---

---

---

---

---

**Gli Operatori responsabili progetto di tutela**

---