

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

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

Altri servizi sanitari coinvolti nella presa in carico del minore (SERT, DSM, UMEE, Ospedali,...):
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 :					
Stato lavorativo : (indicare professione svolta o stato di disoccupazione/altro)					
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
Presa in carico da parte del servizio di					
<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:					
Stato lavorativo : (indicare professione svolta o stato di disoccupazione/altro)					
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	

Presenza in carico da parte del servizio di <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 :
Permesso di soggiorno:	<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 :
Permesso di soggiorno:	<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)

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

PROBLEMATICHE DEL MINORE	PROBLEMATICHE DELLA FAMIGLIA
---------------------------------	-------------------------------------

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	
p) <input type="checkbox"/> Maltrattamenti			
	<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

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

Ultimo Provvedimento Affidò Giudiziario	Decreto n° :	Data :
--	---------------------	---------------

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

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
