SCHEDA A

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ENTE INVIANTE |  | | | | ASSISTENTE SOCIALE/OPERATORE | | |  | | |
| MINORENNE | COGNOME | |  | | | NOME |  | | | |
| DATA DI NASCITA | |  | SCUOLA |  | | | | | CLASSE |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE | | | | | | |
| COGNOME |  | | NOME |  | | |
| ETÀ |  | RUOLO |  | | PROFESSIONE |  |
| COGNOME |  | | NOME |  | | |
| ETÀ |  | RUOLO |  | | PROFESSIONE |  |
| COGNOME |  | | NOME |  | | |
| ETÀ |  | RUOLO |  | | PROFESSIONE |  |
| COGNOME |  | | NOME |  | | |
| ETÀ |  | RUOLO |  | | PROFESSIONE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE (EVENTUALE PRESCRIZIONE EDUCATIVA DOMICILIARE) |  |
| BREVE STORIA DEL NUCLEO E ATTUALE SITUAZIONE FAMILIARE |  |
| QUADRO SINTETICO DEL/LA MINORE. SE DISABILE SPECIFICARE DIAGNOSI, TIPO DI HANDICAP, LIVELLO DI AUTONOMIA, UTILIZZO DI AUSILII, CAPACITÀ COGNITIVE, ASPETTI MEDICO-SANITARI, …) |  |
| PROGETTO QUADRO (GLOBALE) PER IL NUCLEO FAMILIARE E INTERVENTI IN ATTO |  |
| ESPLICITARE LA MOTIVAZIONE ALLA BASE DELLA RICHIESTA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TIPOLOGIA INTERVENTO RICHIESTO | PREVENTIVO |
| PRESCRIZIONI |
| COMUNITÀ DIURNA |
| DISPOSITIVO DIFFUSO |
| DISPOSITIVO POTENZIATO |
| DI SOSTEGNO IN SITUAZIONE DI CRISI |
| MISURE CAUTELARI /MESSA ALLA PROVA (MAP) |
| CON FUNZIONE DI PONTE DA/VERSO ALTRI INTERVENTI EDUCATIVI |
| ALTRO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TEMPI DI ATTIVAZIONE AUSPICABILI |  | DATA STIMATA TERMINE SERVIZIO |  |
| NOTE RELATIVE ALLA FREQUENZA |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DOCUMENTAZIONE ALLEGATA  (DECRETI, VALUTAZIONI PSICOLOGICHE, SEGNALAZIONI SCOLASTICHE,…) | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ENTE INVIANTE  (FIRMA E TIMBRO) |  |