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) |  |