Amministrazione destinataria

Comune di Biassono

Ufficio destinatario

Ufficio di Piano

Scheda di accesso al servizio "Un nuovo giardino"

Il segnalante

(operatore di riferimento)

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Dati professionali

Servizio sociale
(indicare il comune di apparteneza del servizio sociale)

Qualifica professionale

☐ eventuale altro operatore di riferimento

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Dati professionali

Servizio sociale
(indicare il comune di apparteneza del servizio sociale)

Qualifica professionale

CHIEDE

la presentazione della seguente situazione

nucleo segnalato

Numero adulti	Numero minori a carico

minore 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Attuale collocazione dei minore

Affido del minore

☐ minore 2

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Attuale collocazione dei minore

Affido del minore

☐ minore 3

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Attuale collocazione dei minore

Affido del minore

☐ minore 4

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Residenza

Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC ☐ | CAP

Attuale collocazione dei minore

Affido del minore

genitore 1

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Residenza

Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC ☐ | CAP

Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

☐ genitore 2

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Residenza

Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC ☐ | CAP

Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata

persone autorizzate ad incontrare il minore durante gli incontri

Cognome | Nome | Codice Fiscale | Contatto telefonico

Cadenza degli incontri

- ○ mensile
- ○ quindicinale
- ○ settimanale
- ○ altro *(specificare)*

Durata degli incontri ipotizzata (inclusi colloqui pre-post)

- ○ un'ora e mezza
- ○ due ore
- ○ altro *(specificare)*

Incontri protetti già in atto

- ○ sì

  Presso

- ○ no

Presenza del decreto

- ○ sì
  - ○ tribunale ordinario
  - ○ tribunale per i minorenni

  Data del decreto

  Prescrizioni (specificare quanto indicato rispetto alla regolamentazione degli incontri)

- ○ no

scheda di presentazione

Altri operatori o servizi coinvolti

- ○ sì
- ○ no

relazioni familiari

(compilare per ogni convinvete parte del nucleo, esclusi i minori segnalati)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Relazione di parentela	Situazione lavorativa	Contatto telefonico

Risorse e competenze

- ○ scarse
- ○ sufficienti
- ○ buone

Eventuale tipologia di problematica o dipendenza

Specificare le eventuali attività lavorative dei famigliari

☐ altre figure significative

Cognome	Nome	Ruolo	Contatto telefonico

*ATTENZIONE: per la **compartecipazione di spesa** (quando uno dei genitori ha la residenza fuori dai comuni dell'ambito) è necessario contattare i servizi di riferimento, concordare l'avvio degli incontri protetti e comunicare allo spazio neutro i riferimenti a cui inviare il preventivo di spesa per la compartecipazione.*

compartecipazione della spesa

○ sì

Comune	Riferimenti	Recapito

○ no

dati anamnestici del minore e sua descrizione

storia e dinamiche del nucleo familiare

caratteristiche dell'incontrante

caratteristiche dell'accompagnatore/altro genitore

problematiche che hanno reso necessari gli incontri in spazio neutro

specificare gli obbiettivi ipotizzati per il percorso richiesto

margine di trattabilità

sono in essere regolamentazioni e/o divieti di avvicinamento tra accompagnatore ed incontrante	
○	sì
	Specificare
○	no

la presa in carico avverrà a seguito di un incontro di presentazione concordato con gli operatori del servizio

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.