

	Amministrazione destinataria Comune di Biassono Ufficio destinatario Ufficio di Piano	
---	--	--

Scheda di accesso al servizio "Un nuovo giardino"

Il segnalante			
<i>(operatore di riferimento)</i>			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Dati professionali			
Servizio sociale			
<i>(indicare il comune di appartenenza del servizio sociale)</i>			
Qualifica professionale			

<input type="checkbox"/> eventuale altro operatore di riferimento			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Dati professionali			
Servizio sociale			
<i>(indicare il comune di appartenenza del servizio sociale)</i>			
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	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Attuale collocazione del 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	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Attuale collocazione del 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	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Attuale collocazione del 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	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Attuale collocazione del minore											
Affido del minore											

persone autorizzate ad incontrare il minore durante gli incontri		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Cadenza degli incontri		
<input type="radio"/>	mensile	
<input type="radio"/>	quindicinale	
<input type="radio"/>	settimanale	
<input type="radio"/>	altro (specificare)	
Durata degli incontri ipotizzata (inclusi colloqui pre-post)		
<input type="radio"/>	un'ora e mezza	
<input type="radio"/>	due ore	
<input type="radio"/>	altro (specificare)	

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

<input type="radio"/>	Sì		
	Comune	Riferimenti	Recapito
<input type="radio"/>	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 obiettivi ipotizzati per il percorso richiesto

marginale di trattabilità**sono in essere regolamentazioni e/o divieti di avvicinamento tra accompagnatore ed incontrante**

<input type="radio"/>	sì
	Specificare
<input type="radio"/>	no

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

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

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

<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Biassono		
Luogo	Data	Il dichiarante