

MODULO INVIO

Al Centro Servizi per la Famiglia e la Comunità di _____

Servizio Sociale Comunale

ASL n _____

Altri servizi

Il Sottoscritto _____

In qualità di _____

Comune _____

Servizio _____

Tel./Fax : _____

Mail _____

In riferimento alla segnalazione del:

Da parte di _____

INVIA

Al Centro Servizi per la Famiglia e la Comunità

Il caso relativo al signor/ signora (in caso di coppia indicare i dati di contatto di un solo componente)

Nome _____

Cognome _____

Nato a - Il _____

Residente in _____

Telefono _____

Mail _____

Genitore del minore

Nome _____

Cognome _____

Nato a - Il _____

Residente in _____

Motivazione dell'invio (spiegare brevemente il motivo dell'invio del caso)

Prestazioni richieste (definire brevemente la prestazione richiesta se già identificata):

Dati sul caso:

- ETA'
- meno di 18 anni
 da 18 a 25 anni
 da 26 a 35 anni
 da 36 a 45 anni
 da 46 a 55 anni
 più di 55 anni
 altro _____
 non rilevato

- STATO CIVILE
- nubile/celibe
 coniugato/a
 divorziato/a
 separato/a
 vedova/a
 altro _____
 non rilevato

- N DI FIGLI
- Meno di 1 anno – N°....
 1-3 anni – N°....
 4-6 anni – N°....
 7-10 anni – N°....
 11-13 anni – N°....
 14-17 anni – N°....
 Dai 18 anni in su – N°....
 altro _____
 non rilevato

- TITOLO DI STUDIO
- licenza elementare
 licenza media
 titolo professionale
 diploma
 laurea
 altro _____
 non rilevato

- CONDIZIONE LAVORATIVA
- cerca prima occupazione
 disoccupato/a
 lavoratore dipendente
 lavoratore autonomo
 studente
 inabile al lavoro
 pensionato
 altro _____
 non rilevato

- CONDIZIONE ABITATIVA
- vive in nucleo familiare (solo con il partner senza figli)
 vive in nucleo familiare (con figli, familiari, parenti)
 vive solo/a
 vive con la famiglia di origine
 vive in nucleo NON familiare
 altro _____
 non rilevato

Interventi precedenti a quello richiesto:

- SERVIZI SOCIALI
- Contributi economici
 SAD
 Servizio Educativo
 Interventi personalizzati a finanziamento individuale
 Progetti di inclusione sociale
 Progetti di inclusione lavorativa
 Consulenza e sostegno
 altro _____
 non rilevato

- SERVIZI SANITARI
- CSM
 Ser.D.
 Consultorio
 UONPIA
 PUA
 UVT
 altro _____
 non rilevato

- ALTRO
- UEPE
 USSM
 Privato Sociale
 altro _____
 non rilevato

Il presente invio delega il C.F.C. allo svolgimento delle prestazioni richieste

Motivazione delega (spiegare brevemente perché il proprio servizio non è in grado o è impossibilitato a farsi carico della prestazione delegata)

Allega alla presente: _____

Data _____ Firma _____