

SCHEDA ATTIVAZIONE SPAZIO NEUTRO PER INCONTRI MEDIATI

DATA RICHIESTA

SERVIZIO SOCIALE INVIANTE:

OPERATORI COINVOLTI

ASSISTENTE SOCIALE
Cognome
Nome

Telefono

Email

PSICOLOGO
Cognome
Nome

Telefono

Email

ALTRO OPERATORE
Cognome
Nome

Telefono

Email

ANAGRAFICA MINORE

Cognome

Nome

Sesso: M F

Data e luogo di nascita

Indirizzo e Comune di residenza

Recapiti telefonici

Attuale collocazione

ANAGRAFICA MINORE

Cognome

Nome

Sesso: M F

Data e luogo di nascita

Indirizzo e Comune di residenza

Recapiti telefonici

Attuale collocazione

FAMIGLIA D'ORIGINE

MADRE

Cognome

Nome

Indirizzo e Comune di residenza

Recapiti telefonici

Email

Genitore collocatario SÌ NO

PADRE

Cognome

Nome

Indirizzo e Comune di residenza

Recapiti telefonici

Email

Genitore collocatario SÌ NO

SITUAZIONE DEL MINORE AL MOMENTO DELLA RICHIESTA

Regime di affidamento:

Congiunto. Esclusivo a:

All'Ente:

Eventuali limitazioni rispetto alla responsabilità genitoriale:

Problematiche da segnalare:

Sospetto abuso sessuale

Maltrattamento sul minore

Conflittualità familiare

Altro

SPECIFICHE DEL DECRETO

STORIA DEL NUCLEO FAMILIARE E MOTIVAZIONI CHE HANNO RESO NECESSARIO GLI INCONTRI IN LUOGO PROTETTO

CARATTERISTICHE DEL MINORE

PRIMA DELL'ATTIVAZIONE DELLO SN

C'è stata interruzione dei rapporti? SÌ NO Specificare:

C'è stato un altro servizio di SN attivato? SÌ NO Specificare (lavoro svolto/mandato):

INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE

Adulti incontranti

(autorizzati ad incontrare il minore)

Adulti accompagnanti

Obiettivi degli incontri

Supporto alla costruzione della relazione minore/adulto interrotta

Osservazione al fine della predisposizione di altre soluzioni per la prosecuzione della relazione minore/adulto

Raccolta di elementi al fine di una valutazione sulla prosecuzione della relazione minore/adulto

Altro (specificare)

Cadenza suggerita

Durata prevista dell'intervento

Possibilità per il minore e l'incontrante di allontanarsi dalla sede dell'incontro SÌ NO

Presenza costante dell'operatore necessaria SÌ NO

Educatore incaricato

Cognome

Nome

Data prima rete di verifica

Tempi di verifica

TIPOLOGIA DELLA PRESA IN CARICO

Urgente

Media

Possibilità di attesa

ALLA PRESENTE SCHEDA SI ALLEGA:

- Decreto del Tribunale
- Relazione