



Ufficio di Piano
DISTRETTO DI SONDRIO



SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI

PROPOSTA ATTIVAZIONE INTERVENTO

(scheda 1)

Distretto di Sondrio – Comune di

Ente/soggetto proponente:

.....

Nominativo proponente:

.....

RICHIESTA ADM PER IL MINORE :

nome..... cognome.....

nato/a il..... a.....

classe..... scuola.....

orario pomeridiano

altre attività svolte dal minore

DATI RELATIVI AL NUCLEO FAMILIARE:

<i>Grado di parentela</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Comune di Residenza</i>	<i>Professione</i>

indirizzo:

recapito telefonico:.....

I genitori sono informati della richiesta inviata all'Ufficio di Piano ed hanno espresso il loro

consenso:

SI' NO perché.....

.....

MOTIVO DELLA RICHIESTA (problemi/difficoltà emerse):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBIETTIVI INTERVENTO ADM PER IL PROPONENTE (barrare una o più voci ricorrenti) :

- sostegno educativo al minore
- supporto/sostegno alla genitorialità
- sostegno scolastico al minore
- socializzazione/integrazione sociale
- sostegno strumentale ai genitori (aiuto concreto nel risolvere i problemi della quotidiana gestione dei figli)
- monitoraggio della situazione familiare e delle relazioni genitori/figli

- altro (specificare).....
-
-
-
-
-

PROPOSTA DI SCANSIONE SETTIMANALE DELL'INTERVENTO (ore/giorni) (MAX 6 ORE SETTIMANALI):

- ore totali proposte: 2 3 4 5 6

- giorni proposti:

Eventuali altre osservazioni sul nucleo familiare e sul minore.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo Data

Firma del richiedente (se diverso dal genitore)

.....

Firma del genitore

.....