

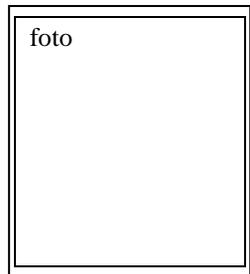


OPERA DON GUANELLA

**Comunità Educative di
Accoglienza per minori ad
integrazione Sociosanitaria
CEAS Betania, Betsaida,
Mamre, Sicheem
c /o "La Casa dell'Angelo"**

via Borzoli, 26 - 16153 Genova Sestri -
Tel. 010 - 6501979 - Fax. 010 - 6510127 Email. genova.direzione@guanelliani.it

SCHEDA DI INSERIMENTO DEL MINORE



NOME

COGNOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

DATA DI INGRESSO

DATA DI DIMISSIONE

SERVIZIO DI PROVENIENZA.....

RETTA A CARICO DI

- **COMUNE DI**
- **A.S.L.....**
- **FAMIGLIA**
- **ALTRO.....**

OPERATORI CHE SEGUONO IL MINORE

| | | | | |
|-------------------------|----------------|-----|-----|------|
| Ass. Sociale | | | | |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| Psicologo | | | | |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| Pedagogista | | | | |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| Giudice TM | | | | |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| Giudice Onorario | | | | |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| Neuropsichiatra | | | | |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| Medico di base | | | | |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| Altre figure | | | | |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |
| | Nome e cognome | Tel | Fax | Mail |

PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI MINORI O ORDINARIO

(affido al servizio, affido all'istituto, affidato al padre, alla madre, a parenti, a tutore, altro)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRESCRIZIONI DEL TRIBUNALE

(modalità di rientro a casa, vacanze, fine settimana, visite dei familiari in istituto, altro)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INTERVENTI CONTEMPORANEI ALL'INSERIMENTO IN COMUNITÀ

(affido educativo, laboratorio pre-professionale, corso professionale, affido familiare a tempo parziale, altro)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANAMNESI FAMILIARE

PADRE

Nome.....Cognome.....

Data e Luogo di Nascita.....

Residenza.....

Occupazione.....

Stato Civile.....

Convive con.....

MADRE

Nome.....Cognome.....

Data e Luogo di Nascita.....

Residenza.....

Occupazione.....

Stato Civile.....

Convive con.....

FRATELLI

(Conviventi con uno o ambedue i genitori, in altro istituto, in comunità alloggio, in affido familiare, in adozione, altro)

.....
.....
.....
.....
.....

PARENTI SIGNIFICATIVI

.....
.....
.....
.....

ABITAZIONE (Grado di vivibilità, decoro, accoglienza ecc.)

.....
.....
.....

.....

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

| DOCUMENTO | ALLEGATO SÍ/NO |
|---|-------------------|
| • Provvedimento del tribunale per i minorenni <i>se presente</i> | |
| • Documenti di identità | |
| • Documentazione scolastica (<i>e nulla osta se necessario</i>) | |
| • Certificati di vaccinazione | |
| • Libretto Sanitario | |
| • Eventuali Esenzioni di tipo medico o di tipo sociale (<i>esempio ticket sanitari o esenzioni mensa scolastica, trasporti pubblici etc</i>) | |
| • Informazioni su patologie importanti pregresse o in atto (<i>esempio allergie</i>) | |
| • Esame HIV ed Epatite* | |
| • Eventuali interventi sanitari e/o riabilitativi pregressi o in corso | |
| • Se possibile, profilo psicologico (in base a colloqui o test) | |
| • Autorizzazione, con relativa copertura economica, ad effettuare laddove fosse necessario interventi sanitari e/o riabilitativi | |

** In caso di impossibilità a produrre tale documentazione richiediamo autorizzazione con copertura economica ad effettuare l'esame nel caso si concordi la necessità dell'esame*

ORINTAMENTO FINALE DELL'INSERIMENTO

| Obiettivo presunto (<i>obbligatorio</i>) | Tempi previsti (<i>obbligatorio</i>) |
|---|---|
| Rientro nella famiglia di origine | |
| Rientro dalla madre | |
| Rientro dal padre | |
| Rientro verso altri componenti della famiglia allargata | |
| Affido a famiglia affidataria | |
| Percorso pre adottivo | |
| Periodo di sollievo per la famiglia di origine | |
| Periodo di osservazione | |
| Ancora da definire | |

Nel caso di mancata definizione dell'obiettivo occorre comunque concordare con precisione i tempi entro i quali si ipotizza un obiettivo da perseguire.

LA COMUNITÀ, DOPO UN PERIODO DI OSSERVAZIONE, SI RISERVA LA DECISIONE DELL'INSERIMENTO O MENO DEL MINORE SECONDO I TEMPI ESPLICITATI NELLA CARTA DEI SERVIZI.

E' INDISPENSABILE UNA PERIODICITÀ DEGLI INCONTRI DI VERIFICA CON GLI OPERATORI REFERENTI DEL SERVIZIO SOCIALE (ALMENO UNA VOLTA AL MESE) E LADDOVE È PREVISTO IL SOSTEGNO SCOLASTICO PER IL MINORE, L'OPERATORE DEL SERVIZIO RICHIEDENTE DOVRÀ PARTECIPARE AGLI INCONTRI (UNO OGNI DUE O TRE MESI) PROGRAMMATI CON L'EDUCATORE E GLI INSEGNANTI DI SOSTEGNO.

Firma degli operatori pubblici referenti

Firma del responsabile della comunità