



**OPERA DON GUANELLA**  
**Comunità educativa diurna**  
**ad integrazione sociosanitaria**  
**Don Luigi Guanella**  
**"La Casa dell'Angelo"**

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

**NOME.....COGNOME.....**

**LUOGO E DATA DI NASCITA.....**

**CODICE FISCALE .....**

**SERVIZIO DI PROVENIENZA.....**

**RETTA A CARICO DI .....**  
(comune, provincia, a.s.l., famiglia, altro)

**OPERATORI CHE SEGUONO IL MINORE**

|   | <b>Nome e cognome</b> | <b>Telefoni</b> | <b>Fax</b> | <b>Mail</b> |
|---|-----------------------|-----------------|------------|-------------|
| <b>Assistente sociale</b>   |                       |                 |            |             |
| <b>Psicologo</b>  |                       |                 |            |             |
| <b>Altri professionisti che seguono il minore (es. pedagogisti, logopedisti, ...)</b> |                       |                 |            |             |
| <b>Giudice Togato che ha emesso il decreto</b>  |                       |                 |            |             |
| <b>Neuropsichiatria o altro personale medico che segue il minore</b>                  |                       |                 |            |             |
|   |                       |                 |            |             |



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

**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<br>SÌ/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*

## ELEMENTI INIZIALI PER LA STESURA DEL PROGETTO EDUCATIVO PERSONALIZZATO

### MOTIVI DELL'ALLONTANAMENTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### ORIENTAMENTO FINALE DELL'INSERIMENTO

| <b>Obiettivo presunto (<i>obbligatorio</i>)</b>         | <b>Tempi previsti (<i>obbligatorio</i>)</b> |
|---|---|
| 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**