



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

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

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

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 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

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