



PROGRAMMA REGIONALE FONDO SOCIALE EUROPEO PLUS 2021-2027

PRIORITÀ 3 – INCLUSIONE SOCIALE

PERCORSI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PREADOLESCENTI, ADOLESCENTI E GIOVANI IN CONDIZIONE DI DISAGIO E DELLE LORO FAMIGLIE. “#UP - PERCORSI PER CRESCERE ALLA GRANDE” – DGR XI/7503 del 15 dicembre 2022 e ss.mm.ii.

IL PRESENTE FORMAT DI MODULO DI ADESIONE COSTITUISCE UN MODELLO I CUI CONTENUTI POSSONO ESSERE MODIFICATI E INTEGRATI DALL'ATS

1. ENTE SEGNALANTE E SERVIZIO

Ente _____

Servizio _____

Indirizzo _____ N. telefono _____

e-mail _____

Operatore di riferimento _____

Recapiti dell'operatore:

telefono _____

e-mail _____

se Ente del Terzo Settore, iscritto/a a: (barrare l'opzione scelta)

RUNTS

oppure

Registro: regionale Elenco: regionale
 nazionale nazionale nazionale

(specificare il nome del registro/elenco)

Ai fini della valutazione di opportunità di inserimento nei percorsi personalizzati previsti dall'Avviso in oggetto, si segnala il seguente preadolescente/adolescente/giovane:

2. DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

NAZIONALITÀ _____

RESIDENZA _____ CAP _____

VIA _____ N° _____

DOMICILIO/RECAPITO (se diverso dalla residenza) _____

TELEFONO/CELL. _____

EMAIL _____

3. SEGNALAZIONE

3.1 Motivo della segnalazione (è possibile indicarne più di uno)

	SI/NO
Disagio psicologico ed evolutivo (relazioni familiari problematiche, eventi di vita stressanti, disturbi alimentari, devianza e coinvolgimento in gruppi a rischio, rischio di dipendenza o abuso di alcool, droghe, gioco); Specificare:	
Isolamento sociale (ad es. scarsa capacità di adattamento, presenza di problemi psicologici e comportamentali, ritirati sociali, vittime di bullismo/cyberbullismo); Specificare:	
Abbandono scolastico (ad es. fallimenti scolastici/formativi); Specificare:	
Comportamenti a rischio, delinquenti, antisociali; Specificare:	
Altro Specificare:	

3.2 L'adolescente/giovane è già conosciuto o in carico ai servizi sociali/sociosanitari/sanitari o ad altri servizi territoriali? (indicare attuali o pregressi contatti con servizi pubblici e/o privati ad es.: CPS, U.O.N.P.I.A., servizi sociali comunali, etc.)

3.3 Se sì, quali interventi sono stati effettuati nei confronti dell'interessato e/o della famiglia (in particolare nell'ultimo biennio)?

3.4 Informazioni/attenzioni che si ritiene utile indicare (con riferimento alla storia della persona, al bisogno evidenziato ed alle possibili prospettive di intervento)

4. PRE-VALUTAZIONE

Per ciascun punto evidenziare elementi significativi conosciuti al fine dell'eventuale successiva valutazione multidimensionale a cura dell'ASST.

4.1 Area del comportamento

4.2 Relazioni familiari

4.3 Relazione tra pari

4.4 Relazioni sociali

4.5 Eventi di vita stressanti

4.6 Scuola/Formazione/Lavoro

4.7 Tempo libero

4.8 Area legale

4.10 Risorse individuali e fattori protettivi

4.11 Ipotesi di intervento auspicata dal segnalante a favore del preadolescente/adolescente/giovane

Si allega:

- Autorizzazione da parte del destinatario maggiorenne oppure, se minorenni, autorizzazione da parte dei soggetti esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela. Qualora il destinatario sia minorenni, il documento dovrà essere firmato da entrambi i genitori o da chi ha la tutela legale.
- Informativa relativa al trattamento dei dati personali firmata (cfr. Allegato 7 Decreto di approvazione dell'Avviso). Qualora il destinatario sia minorenni, il documento dovrà essere firmato da entrambi i genitori o da chi ha la tutela legale.

Data _____

Firma referente Ente segnalante
