



**Comune di** \_\_\_\_\_  
**Settore** \_\_\_\_\_  
**Servizio** \_\_\_\_\_

SS

### DATI SCHEDA

**Data colloquio**  
**Operatore di sportello**  
**Sede del colloquio**  
**Modalità di accesso**


### SEGNALANTE

**Cognome e nome**  
**Indirizzo Interlocutore**  
**Telefono / Cellulare**  
**Relazione**


### PERSONA INTERESSATA

**Cognome e nome**  
**Accesso**  
**Inviato da**  
**Sesso**  
**Luogo e data di nascita**  
**Indirizzo**  
**Telefono / Cellulare**  
**Codice Fiscale**  
**Cittadinanza**  
**Tipologia**  
**Invalidità**  
**Tipologia familiare**  
**Vive solo?**  
**Utente conosciuto?**  
**In carico ad altri servizi**


Settore \_\_\_\_\_ - Servizio \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Orari: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_



**Comune di** \_\_\_\_\_

**Settore** \_\_\_\_\_

**Servizio** \_\_\_\_\_

SS

**Professione**

**Medico di Base**

## PERSONA DI RIFERIMENTO

**Cognome e nome**

**Parentela**

**Con problemi | quali**

Settore \_\_\_\_\_ - Servizio \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Orari: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_



**Comune di \_\_\_\_\_**  
Settore \_\_\_\_\_  
Servizio \_\_\_\_\_

SS

### MOTIVAZIONE DELLA SEGNALAZIONE

Povert�	<input type="checkbox"/>	Difficolt� scolastiche	<input type="checkbox"/>
Malattia/non autosufficienza	<input type="checkbox"/>	Difficolt� economiche	<input type="checkbox"/>
Problemi comportamentali/diff. relazionali	<input type="checkbox"/>	Difficolt� gestione quotidiana	<input type="checkbox"/>
Abbandono /trascuratezza/maltrattamento	<input type="checkbox"/>	Difficolt� relativa al lavoro	<input type="checkbox"/>
Difficolt� relativa all'alloggio	<input type="checkbox"/>		
Altro	<input type="text"/>		

### SERVIZI RICHIESTI

Alloggio	<input type="checkbox"/>	Intervento economico	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	Lavoro	<input type="checkbox"/>
Attivit� di sostegno a favore della famiglia	<input type="checkbox"/>	Servizi Domiciliari	<input type="checkbox"/>
Attivit� di sostegno comunitario	<input type="checkbox"/>	Servizi residenziali	<input type="checkbox"/>
Consulenza/informazione	<input type="checkbox"/>	Servizi semi-residenziali	<input type="checkbox"/>
Indagine sociale/Psicosociale	<input type="checkbox"/>	Sostegno psicologico	<input type="checkbox"/>

### INTERVENTI PREVISTI

<input type="checkbox"/>	Intervento Breve
<input type="checkbox"/>	Breve informazione/chiusura dell'intervento
<input type="checkbox"/>	Proposta di presa in carico dall'Ufficio: _____
<input type="checkbox"/>	Altri interventi possibili: _____
<input type="checkbox"/>	Segnalazione ad altro servizio ente: _____
<input type="checkbox"/>	Segnalazione di/ad altro servizio comunale: _____

### DIARIO SOCIALE

Settore \_\_\_\_\_ - Servizio \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Orari: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_



**Comune di** \_\_\_\_\_

**Settore** \_\_\_\_\_

**Servizio** \_\_\_\_\_

SS

**Diario sociale**

Settore \_\_\_\_\_ - Servizio \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Orari: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_