

ID \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

SCHEDA ANAGRAFICA			
Grado di parentela: <b>1</b> Madre <b>2</b> Padre <b>3</b> Tutore legale			
INFORMAZIONI SUL BAMBINO			
Età: _____		Sesso: <b>1</b> M <b>2</b> F	
Data di nascita: _____		Nazionalità: <b>1</b> Italiana <b>2</b> Altro: nazionalità dichiarata	
Luogo di nascita: <input type="checkbox"/> Italia <input type="checkbox"/> Estero: luogo dichiarato		Fratelli/ Sorelle: Fratelli: (quanti?) zero/numero dichiarato Sorelle: (quante?) zero/numero dichiarato	
Suo figlio ha una malattia cronica? (condizione fisica che dura o si prevede che duri almeno 6 mesi e che interferisce con le sue attività) <b>1</b> Sì <b>2</b> No Se sì, qual è il nome della malattia cronica di suo figlio? Nome malattia			
Suo figlio presenta altri problemi medici oltre alla malattia principale? <b>1</b> Sì <b>2</b> No Se sì, si tratta di un'altra malattia cronica? <b>1</b> Sì <b>2</b> No			
Suo figlio ha difficoltà psicologiche e/o psichiatriche tali da richiedere il supporto di uno specialista? <b>1</b> Sì <b>2</b> No			
Negli ultimi 6 mesi, suo figlio...			
E' stato ricoverato in ospedale? <b>1</b> Sì <b>2</b> No Se sì, quante volte? Numero dichiarato			
Ha fatto accesso al pronto soccorso? <b>1</b> Sì <b>2</b> No Se sì, quante volte? Numero dichiarato			
INFORMAZIONI SULLA MADRE		INFORMAZIONI SUL PADRE	
Età: _____		Età: _____	
Nazionalità: <b>1</b> Italiana <b>2</b> Altro: nazionalità dichiarata		Nazionalità: <b>1</b> Italiana <b>2</b> Altro: nazionalità dichiarata	
Stato civile: <b>1</b> Nubile <b>3</b> Separato/Divorziato <b>2</b> Coniugato/Convivente <b>4</b> Vedovo		Stato civile: <b>1</b> Celibe <b>3</b> Separato/Divorziato <b>2</b> Coniugato/Convivente <b>4</b> Vedovo	
Titolo di studio: <b>1</b> Nessuno <b>5</b> Laurea <b>2</b> Licenza elementare <b>6</b> Master <b>3</b> Licenza media <b>7</b> Specializzazione <b>4</b> Diploma scuola superiore <b>8</b> Dottorato		Titolo di studio: <b>1</b> Nessuno <b>5</b> Laurea <b>2</b> Licenza elementare <b>6</b> Master <b>3</b> Licenza media <b>7</b> Specializzazione <b>4</b> Diploma scuola superiore <b>8</b> Dottorato	
Professione: <b>1</b> Disoccupato <b>4</b> Libero Professionista <b>2</b> Dipendente (tempo det.) <b>5</b> Altro: professione <b>3</b> Dipendente (tempo indet.) dichiarata		Professione: <b>1</b> Disoccupato <b>4</b> Libero Professionista <b>2</b> Dipendente (tempo det.) <b>5</b> Altro: professione <b>3</b> Dipendente (tempo indet.) dichiarata	
Sta attualmente usufruendo della Legge 104? <b>1</b> Sì <b>2</b> No		Sta attualmente usufruendo della Legge 104? <b>1</b> Sì <b>2</b> No	
ALTRE INFORMAZIONI			
Residenza: <b>1</b> Regione Toscana <b>2</b> Altra Regione: regione dichiarata			
Ha avuto necessità di contattare il servizio sociale per aspetti diversi dalla documentazione per usufruire della Legge 104? <b>1</b> Sì <b>2</b> No			
Negli ultimi 12 mesi, ha avuto dovuto affrontare uno dei seguenti eventi? <b>1</b> Sì <b>2</b> No Morte di una persona cara <b>1</b> Sì <b>2</b> No Cambiamenti nell'attività lavorativa (cambio, perdita, ecc.) <b>1</b> Sì <b>2</b> No Cambio di abitazione <b>1</b> Sì <b>2</b> No Separazione/divorzio <b>1</b> Sì <b>2</b> No Problemi economici <b>1</b> Sì <b>2</b> No Cambio di città <b>1</b> Sì <b>2</b> No Lesione/malattia grave <b>1</b> Sì <b>2</b> No Altro: evento dichiarato			