

# 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.

**MODULO DI SEGNALAZIONE AD ATS VAL PADANA**

**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 |

*(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. C O N T E N U T O D E L L A SEGNALAZIONE**

* 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, delinquenziali, antisociali; Specificare:……………………………………………………………………………………………………… |  |
| Altro Specificare:……………………………………………………………………………………………………… |  |

* 1. L’adolescente/giovane è già conosciuto o in carico ai Servizi Sociali/Socio Sanitari/Sanitari o adaltri Servizi territoriali? (indicare attuali o pregressi contatti con Servizi pubblici e/o privati, ad es.: CPS,NPIA, SERD, Consultorio Familiare, Servizi Sociali Comunali, etc.)
	2. Se sì, quali interventi sono stati effettuati nei confronti dell’interessato e/o della famiglia (in particolare nell’ultimo biennio)?
	3. 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.

* 1. Area del comportamento
	2. Relazioni familiari
	3. Relazione tra pari
	4. Relazioni sociali
	5. Eventi di vita stressanti
	6. Scuola/Formazione/Lavoro
	7. Tempo libero
	8. Area legale
	9. Risorse individuali e fattori protettivi
	10. Ipotesi di intervento auspicata dal segnalante a favore del preadolescente/adolescente/giovane

Si allega:

* Autorizzazione da parte del destinatario maggiorenne oppure, se minorenne, autorizzazione da parte dei soggetti esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela. Qualora il destinatario sia minorenne, il documento dovrà essere firmato da entrambi i genitori o da chi ha la tutela legale.

***In caso di destinatario minorenne con impossibilità a firmare da parte di entrambi i genitori:***

"Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale."

Data

Firma referente Ente segnalante