



la casa di nilla

Mod. 01 - SCHEDA PRELIMINARE DI RICHIESTA DI INTERVENTO

da inviare via fax al n. 0961.761064

ENTE RICHIEDENTE			
Denominazione			
Servizio			
Via			N.
Comune		Cap	Prov.
Referente		Ruolo	
Tel	Fax	E-mail	
MINORE OGGETTO DELLA RICHIESTA			
Genere		<input type="checkbox"/> Maschile	<input type="checkbox"/> Femminile
Età			
Residente nel Comune di			
Attualmente vive con		<input type="checkbox"/> Famiglia di origine	<input type="checkbox"/> Famiglia affidataria
		<input type="checkbox"/> Genitore separato	<input type="checkbox"/> Struttura tutelare
Problematiche		<input type="checkbox"/> Abuso sessuale	<input type="checkbox"/> Violenza fisica
		<input type="checkbox"/> Violenza psicologica	<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>) _____
Contesto della violenza		<input type="checkbox"/> Familiare	<input type="checkbox"/> Extrafamiliare
INTERVENTO RICHIESTO AL CENTRO (anche più interventi)			
<input type="checkbox"/> Consulenza psico-sociale		<input type="checkbox"/> Psicoterapia alla famiglia	
<input type="checkbox"/> Accoglienza residenziale (<i>art. 403 c.c.</i> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no)		<input type="checkbox"/> Ascolto protetto ai fini della raccolta delle SIT	
<input type="checkbox"/> Valutazione diagnostica		<input type="checkbox"/> Ascolto protetto in sede di incidente probatorio	
<input type="checkbox"/> Trattamento psico-terapeutico		<input type="checkbox"/> Servizio PSR per giovani autori di reati sessuali	
<input type="checkbox"/> Incontri protetti		<input type="checkbox"/> Altro _____	
EVENTUALI ALTRI ENTI TERRITORIALI GIÀ COINVOLTI			
Ente		Referente	
Ente		Referente	
NOTE			

Data ____/____/____

Firma e Timbro _____