

Data _____

Equipe Specialistica Interprovinciale "I GIRASOLI"
Referente clinica: dr.ssa Eleonora Sale
Ulss 6 Euganea
Via dei Colli, 4 - 35143 PADOVA
Fax 049 821 6076
e-mail: igirasoli.ulss16@aulss6.veneto.it
pec: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Oggetto: Richiesta intervento a favore del minore _____. (n. anno _____)

Attenzione! COMPILARE UN MODULO PER OGNI MINORE. Per tutelare la privacy inserire in questo frontespizio solo le iniziali del nome e l'anno di nascita

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di _____ del servizio _____

del Comune di _____

U.L.S.S. N° _____

Distretto _____

Sito in (indirizzo completo) _____

e-mail _____

posta elettronica certificata (pec) _____

recapiti telef. _____

orari di reperibilità _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

CHIEDE all'Equipe Specialistica Interprovinciale "I GIRASOLI":

- La consulenza agli operatori
- La diagnosi per: minore vittima minore autore di reato
- La presa in carico per: minore vittima minore autore di reato
- L'accompagnamento nell'iter giudiziario

Si ipotizza la presenza di:

(sono possibili più risposte)

	Intra familiare*		Extra familiare*	
	Unico	Continuato	Unico	Continuato
1. Maltrattamento fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abuso sessuale/molestie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grave trascuratezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Violenza sessuale assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Violenza fisica assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Maltrattamento psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ipercura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Incesto tra fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A tale proposito allega (in busta chiusa):

1. scheda anagrafica contenente Dati anagrafici minore
Dati anagrafici familiari
2. scheda psicosociale contenente Dati psicosociali minore
Dati psicosociali familiari
3. relazione del caso oltre ad altra documentazione (ad esempio: Provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, Certificazioni sanitarie...) che si ritiene significativa in relazione alla segnalazione al Centro.

Firma del Responsabile _____

Firma dell'operatore _____

*cfr. Legenda a pag. 6

EVENTUALI ALTRI FAMILIARI DEL MINORE RITENUTI SIGNIFICATIVI, CONVIVENTI O NON.

Specificare il grado di parentela: _____

Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Comune/ Stato di nascita _____ (prov. _____)

Cittadinanza (stato di nascita) _____ (In Italia da _____)

Residente nel comune di _____ (prov. _____)

TITOLO DI STUDIO

- Nessuno
- analfabeta
- licenza elementare
- licenza scuola media inferiore
- diploma scuola professionale
- diploma scuola media superiore
- laurea/ diploma di laurea

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Operaia
- Impiegata
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionata
- disoccupata
- casalinga
- altro _____

Specificare il grado di parentela: _____

Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Comune/ Stato di nascita _____ (prov. _____)

Cittadinanza (stato di nascita) _____ (In Italia da _____)

Residente nel comune di _____ (prov. _____)

TITOLO DI STUDIO

- Nessuno
- analfabeta
- licenza elementare
- licenza scuola media inferiore
- diploma scuola professionale
- diploma scuola media superiore
- laurea/ diploma di laurea

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Operaia
- Impiegata
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionata
- disoccupata
- casalinga
- altro _____

Specificare il grado di parentela: _____

Dati non conosciuti

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Comune/ Stato di nascita _____ (prov. _____)

Cittadinanza (stato di nascita) _____ (In Italia da _____)

Residente nel comune di _____ (prov. _____)

TITOLO DI STUDIO

- Nessuno
- analfabeta
- licenza elementare
- licenza scuola media inferiore
- diploma scuola professionale
- diploma scuola media superiore
- laurea/ diploma di laurea

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Operaia
- Impiegata
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionata
- disoccupata
- casalinga
- altro _____

ATTENZIONE! COMPILARE UNA RICHIESTA PER OGNI MINORE

2. SCHEDA PSICOSOCIALE
da allegare alla richiesta di consulenza

Rispetto al maltrattamento/abuso, il minore è:

- 1. Autore
- 2. Vittima
- 3. Entrambi

Il minore vive presso

- 1. Genitori naturali
- 2. Con la sola madre
- 3. Con il solo padre
- 4. Madre con famiglia ricostituita
- 5. Padre con famiglia ricostituita
- 6. Parenti entro il 4° grado
- 7. Famiglia affidataria
- 8. Struttura socio-educativa
- 9. Senza fissa dimora
- 10. Con amici/conoscenti
- 11. Ospedale
- 12. Carcere
- 13. Altra situazione: _____

Il minore è:

- 1. Figlio di genitori coniugati
- 2. Figlio di genitori conviventi
- 3. Figlio di genitori separati o divorziati
- 4. Figlio di genitori ignoti
- 5. Figlio di madre nubile
- 6. Orfano di padre
- 7. Orfano di madre
- 8. Orfano di entrambi i genitori
- 9. Dato non conosciuto

La tutela è esercitata:

- 1. Da entrambi i genitori
- 2. Dal padre
- 3. Dalla madre
- 4. Dal tutore (ex. Art 354)
- 5. Da parenti entro il 4° grado

I Fratelli del minore sono (numero) _____

e vivono:

	1° fratello	2° fratello	3° fratello	4° fratello	5° fratello	6° Fratello	Altri fratelli (numero)
Con i genitori naturali	<input type="checkbox"/>						
Con i nonni/parenti	<input type="checkbox"/>						
In una famiglia affidataria	<input type="checkbox"/>						
In struttura	<input type="checkbox"/>						
Dato non conosciuto	<input type="checkbox"/>						
In altra situazione	<input type="checkbox"/>						

Il minore ha problemi di handicap?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Motorio
<input type="checkbox"/> 2. Sensoriale
<input type="checkbox"/> 3. Psicico
<input type="checkbox"/> 4. Plurimo | } | 9.1) Certificato UVMD:
<input type="checkbox"/> 1. Sì
<input type="checkbox"/> 2. No
9.2) Gravità (descrizione): _____ |
| <input type="checkbox"/> 5. Nessuno | | |

Il minore frequenta servizi educativi scolastici:

- 1. Il nido d'infanzia
- 2. La scuola dell'infanzia
- 3. La scuola primaria
- 4. La scuola secondaria di I° grado
- 5. La scuola secondaria di II° grado (Licei, Istituti Tecnici, Istituti Professionali)
- 6. Corso di addestramento professionale
- 7. Nessuna scuola
- 8. Centro Diurno
- 9. CEOD
- 10. Corso d'Italiano
- 11. Altro

Provvedimenti dell'autorità giudiziaria nei confronti del minore

(sono possibili più risposte - in caso di più interventi della medesima autorità indicare il più recente)

	Data del provvedimento
<input type="checkbox"/> 1. Decreto di allontanamento	/ /
<input type="checkbox"/> 2. Decreto di decadenza della potestà di uno o entrambi i genitori	/ /
<input type="checkbox"/> 3. Decreto di sospensione della potestà	/ /
<input type="checkbox"/> 4. Altro provvedimento amministrativo del TM	/ /
<input type="checkbox"/> 5. Provvedimento penale	/ /
<input type="checkbox"/> 6. Affidamento a servizio sociale	/ /
<input type="checkbox"/> 7. Provvedimento del Giudice tutelare per affido consensuale	/ /
<input type="checkbox"/> 8. Altro provvedimento civile del TO	/ /
<input type="checkbox"/> 9. Nessun provvedimento	

Autore/i dei maltrattamenti segnalati

	Autore (cfr. legenda)	Età	Provvedimenti dell'autorità giudiziaria nei confronti dell'abusante/maltrattante			
			Archiviato	In corso	Concluso con condanna	Concluso con assoluzione
1. Maltrattamento fisico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abuso sessuale/molestie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grave trascuratezza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Violenza sessuale assistita			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Violenza fisica assistita			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Maltrattamento psicologico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ipercura			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Incesto tra fratelli			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda

	INTRA FAMILIARE		EXTRA FAMILIARE
1. non rilevato	2. padre	9. padre affidatario	14. estraneo
	3. madre	10. madre affidataria	15. vicino di casa/amico/conoscente
	4. entrambi i genitori	11. zii	16. operatore educativo/sociale (insegnante, educatore, bidello)
	5. fratelli/sorelle	12. altri parenti	17. operatore sanitario
	6. nonni	13. famigliari biologici	18. religioso
	7. convivente madre		
	8. convivente padre		

La segnalazione al servizio inviante è stata effettuata da: (sono possibili più risposte)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. La vittima (il minore direttamente) | <input type="checkbox"/> 10. Pediatra/MMG |
| <input type="checkbox"/> 2. Un genitore | <input type="checkbox"/> 11. Ospedale/Pronto soccorso ospedaliero |
| <input type="checkbox"/> 3. Entrambi i genitori | <input type="checkbox"/> 12. Tutore |
| <input type="checkbox"/> 4. Fratelli/sorelle | <input type="checkbox"/> 13. Giudice tutelare |
| <input type="checkbox"/> 5. Altri parenti | <input type="checkbox"/> 14. TM |
| <input type="checkbox"/> 6. Ulss di residenza | <input type="checkbox"/> 15. Tribunale ordinario (penale) |
| <input type="checkbox"/> 7. Comune di residenza | <input type="checkbox"/> 16. Tribunale ordinario (separazioni) |
| <input type="checkbox"/> 8. Amici/vicini di casa | <input type="checkbox"/> 17. Forze dell'ordine |
| <input type="checkbox"/> 9. Scuola (insegnanti, direttore..) | <input type="checkbox"/> 18. Linea telefonica di aiuto |

Il bambino/la famiglia sono seguiti anche da altri servizi? (sono possibili più risposte)

	Bambino	Famiglia
1. Nessun servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consultorio familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Servizi sociali comune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Servizi socio-sanitari ULSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Privato sociale convenzionato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Altro servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Altro (es. terapeuta privato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

