AMBITO TERRITORIALE TROIA

Comune di Troia

Ente capofila dell'Ambito Territoriale costituito dai Comuni di:

Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia, ASL FG, Provincia di Foggia

Comune di ……lì……../……../……..

Prot. n…….

Al Centro Affido
All'Equipe multidisciplinare integrata per l'affidamento familiare

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL MINORE/I E PROGETTO ACCOGLIENZA FAMILIARE (P.A.F.)

DATI – MINORE/I (indicare eventuali fratelli/sorelle per il quale si richiede il progetto)

Cognome	Nome	indirizzo
Cognome	Nome	indirizzo
Cognome	Nome	indirizzo

DATI - GENITORI DEL MINORE

a) Composizione nucleo familiare:

Grado di Parentela	**Cognome e nome**	**Stato civile**	**Luogo di nascita**	**Data di nascita**	**Professione**
padre					
madre					

b) Residenza della famiglia del minore

Via_____ Comune di _____ tel._____

c) Descrizione grado istruzione e situazione socio-economica del minore e della sua famiglia

d) Storia dei genitori del minore e rispettive famiglie di origine.
(Storia e tipologia delle difficoltà del nucleo familiare, struttura delle famiglie di origine, atteggiamento nei confronti dell'affido, relazioni precedenti ed attuali tra la coppia e la famiglia di origine, salute fisica).

e) Tipologia e previsione dell'Affido.
(Tempo pieno, giornaliero o pomeridiano ……, previsione incontri, prescrizioni per gli affidatari in ordine a particolari bisogni del minore, prescrizioni per la famiglia di origine del minore in ordine al superamento delle difficoltà familiari, cronoprogramma per verifiche e probabile conclusione dell'affido)

Assistente sociale comunale **Equipe multidisciplinare integrata**