

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Beneficiari Sig. _____/Sig.ra _____
/Minore/i _____. **Richiesta di accesso.**

Con la presente, si richiede l'accesso al Centro Servizi Famiglie dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce da parte del/degli utente/i indicati in oggetto.

Nello specifico, si richiede l'attivazione dei seguenti servizi specifici:

- ☐ Sostegno ai singoli componenti il nucleo familiare
- ☐ Sostegno al nucleo familiare
- ☐ Sostegno alla coppia adulta
- ☐ Sostegno alle funzioni genitoriali
- ☐ Mediazione familiare
- ☐ Spazio Neutro

A tal fine, nel rispetto delle procedure stabilite, si trasmettono in allegato:

1. Allegato CSF/A2: *Quadro di analisi*;
2. Allegato CSF/A3: *Progetto di intervento*;
3. Allegato CSF/A4: *Dichiarazione di Consenso informato, informativa sul trattamento dei dati personali e atto di impegno*, resa ai sensi della normativa vigente in materia;
4. copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del/dei sottoscrittore/i la *Dichiarazione di Consenso informato, informativa sul trattamento dei dati personali e atto di impegno*;
5. in caso di richiesta di attivazione del servizio avanzata in esecuzione di provvedimento dell'A.G. copia dell'atto;
6. altro (Specificare) _____

Infine, nel rispetto delle procedure stabilite, si precisa quanto segue:

- ☐ la presente richiesta di attivazione dell'intervento è avanzata in via esclusiva dal Servizio Sociale comunale/ Consultorio Familiare scrivente;
- ☐ la presente richiesta di attivazione dell'intervento è avanzata dal Servizio Sociale comunale scrivente congiuntamente ad altro/i servizio/i a carattere socio-educativo e/o socio-sanitario e/o sanitario (Specificare) _____ che demanda/demandano allo stesso la formalizzazione dell'istanza;

Si rimanda alle SS.LL. per i successivi adempimenti di competenza.

(Luogo)

(Data)

Servizio _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

QUADRO DI ANALISI

INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE ALL'INVIO

TIPOLOGIA DI RICHIESTA

Richiesta di accesso al/i Servizio/i promossa:

- ☐ d'ufficio dal/dai Servizio/i segnalante/i così come di seguito indicato/i
- ☐ su istanza del Sig./della Sig.ra _____ al/ai Servizio/i segnalante/i
- ☐ in esecuzione di disposizione dell'A.G.(Specificare) _____ : provv. del _____ allegato alla presente (Proc. n. _____/_____)
- ☐ altro (Specificare): _____

SERVIZIO/I SEGNALANTE/I

Richiesta di accesso al Servizio promossa da:

- ☐ Servizio Sociale comunale territorialmente competente
Responsabile del caso: _____
- ☐ Consultorio Familiare di _____
Responsabile del caso: _____
- ☐ Servizio Sociale comunale territorialmente competente
Responsabile del caso: _____
Congiuntamente a
 - 1. Altro servizio _____ Operatore di riferimento _____
(Specificare) (Ruolo e nominativo)
 - 2. Altro servizio _____ Operatore di riferimento _____
(Specificare) (Ruolo e nominativo)
 - 3. Altro servizio _____ Operatore di riferimento _____
(Specificare) (Ruolo e nominativo)

ALTRI SOGGETTI, PUBBLICI OVVERO PRIVATI, COINVOLTI

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

SCHEDA ANAGRAFICA

SIG. _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____ CF _____

Comune ed indirizzo di residenza _____

Comune ed indirizzo di domicilio (Se diverso dalla residenza) _____

Contatto/i telefonico/i _____

SIG.RA _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____ CF _____

Comune ed indirizzo di residenza _____

Comune ed indirizzo di domicilio (Se diverso dalla residenza) _____

Contatto/i telefonico/i _____

MINORE _____¹

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____ CF _____

Comune ed indirizzo di residenza _____

Comune ed indirizzo di domicilio (Se diverso dalla residenza) _____

NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

Ruolo	Cognome e nome	Data di nascita	Titolo di studio	Professione	Disabilità/ Invalidità	Disagio psichico	Uso/abuso di sostanze e/o alcol	Condizione giuridica
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	

Note

(EVENTUALI) GENITORI NON CONVIVENTI

Ruolo	Cognome e nome	Data di nascita	Titolo di studio	Professione	Disabilità/ Invalidità	Disagio psichico	Uso/abuso di sostanze e/o alcol	Condizione giuridica
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	

Note

¹ Sezione da compilarsi per ciascun minore destinatario diretto dei Servizi

SCHEDA INFORMATIVA

STORIA FAMILIARE

Origini, situazione economica ed abitativa, rapporti familiari, presentazione dei componenti

ASPETTI PROBLEMATICI DEL CASO

STORIA DEI BENEFICIARI PRESSO I SERVIZI

Servizi e interventi già attivati dalla prima presa in carico

Bisogno	Servizio/Intervento	Destinatario/i diretto/i	Periodo di erogazione/Durata	Esito (Valutazione finale e follow up)

Servizi e interventi attivi

Bisogno	Servizio/Intervento	Destinatario/i diretto/i	Periodo di erogazione/Durata	Valutazione in itinere

_____, _____
(Luogo) (Data)

SERVIZIO/I SEGNALANTE/I

Servizio Sociale comunale di _____
Dott.ssa _____

(Firma)

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

PROGETTO DI INTERVENTO

QUADRO DI SINTESI

- ☐ Sostegno ai singoli componenti il nucleo familiare (Specificare destinatario/i diretto/i _____)
- ☐ Sostegno al nucleo familiare
- ☐ Sostegno alla coppia adulta
- ☐ Sostegno alle funzioni genitoriali
- ☐ Mediazione familiare
- ☐ Spazio Neutro (Specificare destinatari diretti _____)

OBIETTIVI E PRESTAZIONI

Compilare solo le sezioni relative alle tipologie di intervento richieste così come indicate nella precedente sezione denominata "Quadro di sintesi"

Sostegno ai singoli componenti il nucleo familiare	
Obiettivi	Prestazioni
Sostegno al nucleo familiare	
Obiettivi	Prestazioni
Sostegno alla coppia adulta	
Obiettivi	Prestazioni
Sostegno alla genitorialità	
Obiettivi	Prestazioni

Mediazione familiare	
Obiettivi	Prestazioni
Spazio Neutro	
Obiettivi	Prestazioni

TEMPI DI ATTUAZIONE

RISORSE ATTIVABILI (RETE FORMALE E/O INFORMALE)

VALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO A _____ MESI DALL'AVVIO DEL PROGETTO

_____, _____
(Luogo) (Data)

SERVIZIO/I SEGNALANTE/I

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

CENTRO SERVIZI FAMIGLIE

CONSENSO INFORMATO, INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E ATTO DI IMPEGNO

SEZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO INVIANTE E RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO NEL CASO IN CUI I SERVIZI RICHIESTI ABBIANO TRA I DESTINATARI DIRETTI ANCHE SOGGETTI MINORI DI ETÀ

- Tenuto conto della normativa vigente in materia di responsabilità genitoriale e di rappresentanza legale del minore;
- visto che, nella fattispecie, l'esercizio della responsabilità genitoriale compete a:
 - ☐ Padre e madre
 - ☐ Padre
 - ☐ Madre
 - ☐ Tutore
- visto che, nella fattispecie, la funzione di tutela e le funzioni ordinarie sono attribuite a:
 - ☐ Padre e madre
 - ☐ Padre
 - ☐ Madre
 - ☐ Famiglia affidataria
 - ☐ Comunità di accoglienza

si demanda la formalizzazione del presente atto ai soggetti di seguito indicati:

_____, _____
(Luogo) (Data)

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

SEZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL/DEI DICHIARANTE/I

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____
(Cognome e nome) (Luogo) (Data)

e

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____
(Cognome e nome) (Luogo) (Data)

In qualità di:

☐ Destinatario/i diretto/i dei Servizi
e/o

- ☐ Genitore/i del/dei minore/i destinatario/i diretto/i dei Servizi, esercenti la responsabilità genitoriale ai sensi degli artt. 316 c.1¹, 316 c.4², 317 c.2³ e 337 ter c. 3⁴ del Codice Civile;
- ☐ Genitore del/dei minore/i _____, esercente in via esclusiva la responsabilità genitoriale ai sensi dell'art. 317 c.1⁵ e art. 337 quater c. 1⁶e 3⁷ del Codice Civile;
- ☐ Tutore del/ dei minore/i _____, esercente in via sostitutiva la responsabilità genitoriale ai sensi dell'art. 343⁸ e s.s. del Codice Civile;

DICHIARO/DICHIARIAMO

- ☐ di essere stato informato sui contenuti del Regolamento di funzionamento del Servizio consultabile sul sito istituzionale del Comune di Lecce- Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce alla sezione Amministrazione trasparente;
- ☐ di aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti sulla/e prestazione/i del Centro Servizi Famiglie proposta/e;
- ☐ di aver preso visione del progetto di intervento proposto, di aderire allo stesso e di accettarne e condividerne tutti i contenuti e le condizioni;
- ☐ di essere consapevole che il progetto di che trattasi sarà garantito finché i Servizi segnalanti lo riterranno opportuno e necessario;
- ☐ di essere consapevole che il progetto può essere interrotto e/o decadere anticipatamente per giusta causa, in presenza di specifiche condizioni da valutarsi a cura dei Servizi responsabili dell'intervento;
- ☐ di accettare e condividere le prestazioni rese dal personale del Centro Servizi Famiglie, delle condizioni e dei tempi dell'intervento fissati nell'ambito della progettualità, quale strumento flessibile e soggetto a periodico aggiornamento;
- ☐ di impegnarsi a rispettare puntualmente le indicazioni che i Servizi e il personale del Centro forniranno nel corso dell'attuazione del progetto e di operare con senso di responsabilità per la buona riuscita dell'intervento;

¹ Art. 316 c.1 Cod. Civ.: **Responsabilità genitoriale**- Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio. I genitori di comune accordo stabiliscono la residenza abituale del minore.

² Art. 316 c.4 Cod. Civ.: **Responsabilità genitoriale**- Il genitore che ha riconosciuto il figlio esercita la responsabilità genitoriale su di lui. Se il riconoscimento del figlio, nato fuori del matrimonio, è fatto dai genitori, l'esercizio della responsabilità genitoriale spetta ad entrambi.

³ Art. 317 c.2 Cod. Civ.: **Impedimento di uno dei genitori**- La responsabilità genitoriale di entrambi i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio; il suo esercizio, in tali casi, è regolato dal capo II del presente titolo (Titolo IX del Codice Civile - Della potestà dei genitori e dei diritti e doveri del figlio).

⁴ Art. 337 ter c.3 Cod. Civ.: **Provvedimenti riguardo ai figli**- La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. Qualora il genitore non si attenga alle condizioni dettate, il giudice valuterà detto comportamento anche al fine della modifica delle modalità di affidamento.

⁵ Art. 317 c.1 Cod. Civ.: **Impedimento di uno dei genitori**: Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro.

⁶ Art. 337 quater c.1 Cod. Civ.: **Affidamento a un solo genitore e opposizione all'affidamento condiviso**: Il giudice può disporre l'affidamento dei figli ad uno solo dei genitori qualora ritenga con provvedimento motivato che l'affidamento all'altro sia contrario all'interesse del minore.

⁷ Art. 337 quater c.3 Cod. Civ.: **Affidamento a un solo genitore e opposizione all'affidamento condiviso**: Il genitore cui sono affidati i figli in via esclusiva, salva diversa disposizione del giudice, ha l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale su di essi; egli deve attenersi alle condizioni determinate dal giudice. Salvo che non sia diversamente stabilito, le decisioni di maggiore interesse per i figli sono adottate da entrambi i genitori. Il genitore cui i figli non sono affidati ha il diritto ed il dovere di vigilare sulla loro istruzione ed educazione e può ricorrere al giudice quando ritenga che siano state assunte decisioni pregiudizievoli al loro interesse.

⁸ Art. 343 Cod. Civ.: **Apertura della tutela**- Se entrambi i genitori sono morti o per altre cause non possono esercitare la responsabilità genitoriale, si apre la tutela presso il tribunale del circondario dove è la sede principale degli affari e interessi del minore. Se il tutore è domiciliato o trasferisce il domicilio in altro circondario, la tutela può essere ivi trasferita con decreto del tribunale.

- ☐ che, in casi eccezionali e straordinari, per sopraggiunta impossibilità allo svolgimento dell'intervento nei giorni e/o negli orari programmati, per improcrastinabili motivi di necessità, darà immediata comunicazione, con almeno due giorni di anticipo, all'operatore assegnato;
- ☐ di rendersi disponibile alla conferma delle prestazioni erogate e convalida delle stesse attraverso i sistemi di rilevazione in uso;
- ☐ di impegnarsi a non chiedere al personale prestazioni aggiuntive di qualsiasi natura, anche a pagamento;
- ☐ di avere preso visione dell'informativa privacy completa (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679), presente sul sito web istituzionale del Comune di Lecce, Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce, ed esposta negli uffici comunali.

ACCONSENTO/ ACCONSENTIAMO

- ☐ all'attuazione dell'intervento in oggetto.

(Luogo)

(Data)

Il/I Dichiarante/i

Sig. _____

(Firma)

Sig.ra _____

(Firma)

Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali.

Informativa breve sul trattamento dei dati.

Si informa che i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento a cui i dati si riferiscono. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale e/o per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di rilevante interesse pubblico). I dati forniti saranno trattati dal personale in servizio presso il Comune di Lecce - Ambito territoriale e sociale di Lecce, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. A tal proposito, si ricorda che le dichiarazioni sostitutive rese nella presente istanza sono oggetto di controllo da parte dell'Amministrazione procedente ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto dell'Ente). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare l'ufficio protocollo del Comune o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (privacy@liquidlaw.it).

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

Al Coordinatore CSF, *Dott. / Dott.ssa* _____

ATI/Cooperativa sociale

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Richiesta di sospensione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si richiede la sospensione dell'intervento identificato con il codice _____, a decorrere dal _____ per le ragioni di seguito specificate:

Infine, nel rispetto delle procedure stabilite, si precisa quanto segue:

- ☐ la presente richiesta di attivazione dell'intervento è avanzata in via esclusiva dal Servizio Sociale comunale/ Consultorio Familiare scrivente;
- ☐ l'intervento è stato attivato su richiesta del Servizio Sociale comunale scrivente congiuntamente ad altro/i servizio/i a carattere socio-educativo e/o socio-sanitario e/o sanitario (Specificare) _____ che demanda/demandano allo stesso la formalizzazione dell'istanza.

Si rimanda alle SS.LL. per i successivi adempimenti di competenza.

(Luogo)

(Data)

Servizio _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Richiesta di riattivazione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si richiede la riattivazione dell'intervento identificato con il codice _____, la cui sospensione è stata richiesta con propria comunicazione prot. n. _____ del _____.

Infine, nel rispetto delle procedure stabilite, si precisa quanto segue:

- ☐ la presente richiesta di attivazione dell'intervento è avanzata in via esclusiva dal Servizio Sociale comunale/ Consultorio Familiare scrivente;
- ☐ l'intervento è stato attivato su richiesta del Servizio Sociale comunale scrivente congiuntamente ad altro/i servizio/i a carattere socio-educativo e/o socio-sanitario e/o sanitario (Specificare) _____ che demanda/demandano allo stesso la formalizzazione dell'istanza.

Si rimanda alle SS.LL. per i successivi adempimenti di competenza.

(Luogo)

(Data)

Servizio _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

Al Coordinatore CSF, *Dott. / Dott.ssa* _____

ATI/Cooperativa sociale

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Richiesta di sospensione e di successiva riattivazione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si richiede la sospensione dell'intervento identificato con il codice _____, a decorrere dal _____ per le ragioni di seguito specificate:

L'intervento dovrà essere riattivato a partire dal _____

Infine, nel rispetto delle procedure stabilite, si precisa quanto segue:

- ☐ la presente richiesta di attivazione dell'intervento è avanzata in via esclusiva dal Servizio Sociale comunale/ Consultorio Familiare scrivente;
- ☐ l'intervento è stato attivato su richiesta del Servizio Sociale comunale scrivente congiuntamente ad altro/i servizio/i a carattere socio-educativo e/o socio-sanitario e/o sanitario (Specificare) _____ che demanda/demandano allo stesso la formalizzazione dell'istanza.

Si rimanda alle SS.LL. per i successivi adempimenti di competenza.

_____, _____
(Luogo) (Data)

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Richiesta di rimodulazione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si richiede la rimodulazione dell'intervento identificato con il codice _____. Per il dettaglio di quanto richiesto si rimanda all'Allegato CSF/A9.

Infine, nel rispetto delle procedure stabilite, si precisa quanto segue:

- ☐ la presente richiesta di attivazione dell'intervento è avanzata in via esclusiva dal Servizio Sociale comunale/ Consultorio Familiare scrivente;
- ☐ l'intervento è stato attivato su richiesta del Servizio Sociale comunale scrivente congiuntamente ad altro/i servizio/i a carattere socio-educativo e/o socio-sanitario e/o sanitario (Specificare) _____ che demanda/demandano allo stesso la formalizzazione dell'istanza.

Si rimanda alle SS.LL. per i successivi adempimenti di competenza.

(Luogo)

(Data)

Servizio _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

SCHEDA DI RIMODULAZIONE DEL PROGETTO DI INTERVENTO

VALUTAZIONE IN ITINERE

– Obiettivi raggiunti

– Criticità persistenti o emergenti

RIMODULAZIONE

– Elementi determinanti la richiesta di rimodulazione

– Dimensioni soggette a modifica/aggiornamento

- ☐ Obiettivi
- ☐ Prestazioni
- ☐ Tempi di attuazione
- ☐ Risorse attivabili
- ☐ Tempi di valutazione e aggiornamento

– Dettaglio delle modifiche e degli aggiornamenti

Compilare solo le sezioni relative agli aspetti soggetti a modifica/aggiornamento così come indicati nella sezione precedente

☐ OBIETTIVI

☐ PRESTAZIONI

☐ **TEMPI DI ATTUAZIONE**

☐ **RISORSE ATTIVABILI (RETE FORMALE E/O INFORMALE)**

☐ **VALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO**

(Luogo)

(Data)

SERVIZIO/I SEGNALANTE/I

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

Servizio _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

Al Coordinatore ADE, *Dott./Dott.ssa* _____

ATI/ Cooperativa sociale

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Richiesta di conclusione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si richiede la conclusione dell'intervento identificato con il codice _____, a decorrere dal _____ per le ragioni di seguito specificate:

Infine, nel rispetto delle procedure stabilite, si precisa quanto segue:

- ☐ la presente richiesta di attivazione dell'intervento è avanzata in via esclusiva dal Servizio Sociale comunale/ Consultorio Familiare scrivente;
- ☐ l'intervento è stato attivato su richiesta del Servizio Sociale comunale scrivente congiuntamente ad altro/i servizio/i a carattere socio-educativo e/o socio-sanitario e/o sanitario (Specificare) _____ che demanda/demandano allo stesso la formalizzazione dell'istanza.

Si rimanda alle SS.LL. per i successivi adempimenti di competenza.

(Luogo)

(Data)

Servizio _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Beneficiari Sig. _____/Sig.ra _____
/Minore/i _____. **Comunicazione di accesso.**

Con la presente, si comunica l'accesso al Centro Servizi Famiglie dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce da parte del/degli utente/i indicati in oggetto.

Nello specifico, si richiede l'attivazione dei seguenti servizi specifici:

- ☐ Sostegno ai singoli componenti il nucleo familiare
- ☐ Sostegno al nucleo familiare
- ☐ Sostegno alla coppia adulta
- ☐ Sostegno alle funzioni genitoriali
- ☐ Mediazione familiare
- ☐ Spazio Neutro

A tal fine, nel rispetto delle procedure stabilite, si trasmettono in allegato:

1. Allegato CSF/B2: *Quadro di analisi*;
2. Allegato CSF/B3: *Progetto di intervento*;
3. Allegato CSF/B4: *Dichiarazione di Consenso informato, informativa sul trattamento dei dati personali e atto di impegno*, resa ai sensi della normativa vigente in materia;
4. copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del/dei sottoscrittore/i la *Dichiarazione di Consenso informato, informativa sul trattamento dei dati personali e atto*
5. altro (Specificare) _____

Tanto si comunica per quanto di competenza.

(Luogo)

(Data)

ATI/Coop. Soc. _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

QUADRO DI ANALISI

INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE ALL'ACCESSO

TIPOLOGIA DI RICHIESTA

Richiesta di accesso al *Centro* promossa spontaneamente dal Sig./dalla Sig.ra
_____ in data _____ in qualità di _____

Prov. A.G.

☐ Presente

☐ Assente

TIPOLOGIA DI SERVIZIO

- ☐ Sostegno ai singoli componenti il nucleo familiare (Specificare destinatario/i diretto/i _____)
- ☐ Sostegno al nucleo familiare
- ☐ Sostegno alla coppia adulta
- ☐ Sostegno alle funzioni genitoriali
- ☐ Mediazione familiare
- ☐ Spazio Neutro (Specificare destinatari diretti _____)

SCHEDA ANAGRAFICA

SIG. _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____ CF _____

Comune ed indirizzo di residenza _____

Comune ed indirizzo di domicilio (Se diverso dalla residenza) _____

Contatto/i telefonico/i _____

SIG.RA _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____ CF _____

Comune ed indirizzo di residenza _____

Comune ed indirizzo di domicilio (Se diverso dalla residenza) _____

Contatto/i telefonico/i _____

MINORE _____¹

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____ CF _____

Comune ed indirizzo di residenza _____

Comune ed indirizzo di domicilio (Se diverso dalla residenza) _____

NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

Ruolo	Cognome e nome	Data di nascita	Titolo di studio	Professione	Disabilità/ Invalidità	Disagio psichico	Uso/abuso di sostanze e/o alcol	Condizione giuridica
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	

Note

(EVENTUALI) GENITORI NON CONVIVENTI

Ruolo	Cognome e nome	Data di nascita	Titolo di studio	Professione	Disabilità/ Invalidità	Disagio psichico	Uso/abuso di sostanze e/o alcol	Condizione giuridica
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	
					☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	

Note

¹ Sezione da compilarsi per ciascun minore destinatario diretto dei Servizi

_____, _____
(Luogo) (Data)

ATI/Coop. Soc. _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE

LECCE
(capofila)

ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO

MONTERONI
DI LECCESAN CESARIO
DI LECCESAN
DONATO DI
LECCESAN PIETRO
IN LAMA

SURBO

PROGETTO DI INTERVENTO

QUADRO DI SINTESI

- ☐ Sostegno ai singoli componenti il nucleo familiare (Specificare destinatario/i diretto/i _____)
- ☐ Sostegno al nucleo familiare
- ☐ Sostegno alla coppia adulta
- ☐ Sostegno alle funzioni genitoriali
- ☐ Mediazione familiare
- ☐ Spazio Neutro (Specificare destinatari diretti _____)

OBIETTIVI E PRESTAZIONI

Compilare solo le sezioni relative alle tipologie di intervento richieste così come indicate nella precedente sezione denominata "Quadro di sintesi"

Sostegno ai singoli componenti il nucleo familiare	
Obiettivi	Prestazioni
Sostegno al nucleo familiare	
Obiettivi	Prestazioni
Sostegno alla coppia adulta	
Obiettivi	Prestazioni
Sostegno alla genitorialità	
Obiettivi	Prestazioni

Mediazione familiare	
Obiettivi	Prestazioni
Spazio Neutro	
Obiettivi	Prestazioni

TEMPI DI ATTUAZIONE

RISORSE ATTIVABILI (RETE FORMALE E/O INFORMALE)

VALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO A _____ MESI DALL'AVVIO DEL PROGETTO

_____, _____
(Luogo) (Data)

ATI/Coop. Soc. _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

CENTRO SERVIZI FAMIGLIE

CONSENSO INFORMATO, INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ATTO DI IMPEGNO

SEZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL SOGGETTO GESTORE RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO NEL CASO IN CUI I SERVIZI RICHIESTI ABBIANO TRA I DESTINATARI DIRETTI ANCHE SOGGETTI MINORI DI ETÀ

- Tenuto conto della normativa vigente in materia di responsabilità genitoriale e di rappresentanza legale del minore;
- visto che, nella fattispecie, l'esercizio della responsabilità genitoriale compete a:
 - ☐ Padre e madre
 - ☐ Padre
 - ☐ Madre
 - ☐ Tutore
- visto che, nella fattispecie, la funzione di tutela e le funzioni ordinarie sono attribuite a:
 - ☐ Padre e madre
 - ☐ Padre
 - ☐ Madre
 - ☐ Famiglia affidataria
 - ☐ Comunità di accoglienza

si demanda la formalizzazione del presente atto ai soggetti di seguito indicati:

_____, _____
(Luogo) (Data)

ATI/Coop. Soc. _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

SEZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL/DEI DICHIARANTE/I

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____
(Cognome e nome) (Luogo) (Data)

e

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____
(Cognome e nome) (Luogo) (Data)

In qualità di:

☐ Destinatario/i diretto/i dei Servizi
e/o

- ☐ Genitore/i del/dei minore/i destinatario/i diretto/i dei Servizi, esercenti la responsabilità genitoriale ai sensi degli artt. 316 c.1¹, 316 c.4², 317 c.2³ e 337 ter c. 3⁴ del Codice Civile;
- ☐ Genitore del/dei minore/i _____, esercente in via esclusiva la responsabilità genitoriale ai sensi dell'art. 317 c.1⁵ e art. 337 quater c. 1⁶e 3⁷ del Codice Civile;
- ☐ Tutore del/ dei minore/i _____, esercente in via sostitutiva la responsabilità genitoriale ai sensi dell'art. 343⁸ e s.s. del Codice Civile;

DICHIARO/DICHIARIAMO

- ☐ di essere stato informato sui contenuti del Regolamento di funzionamento del Servizio consultabile sul sito istituzionale del Comune di Lecce- Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce alla sezione Amministrazione trasparente;
- ☐ di aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti sulla/e prestazione/i del Centro Servizi Famiglie proposta/e;
- ☐ di aver preso visione del progetto di intervento definito, di aderire allo stesso e di accettarne e condividerne tutti i contenuti e le condizioni;
- ☐ di essere consapevole che il progetto di che trattasi sarà garantito finché il Coordinatore e il personale responsabile dell'intervento lo riterranno opportuno e necessario;
- ☐ di essere consapevole che il progetto può essere interrotto e/o decadere anticipatamente per giusta causa, in presenza di specifiche condizioni da valutarsi a cura finché il Coordinatore e il personale responsabile dell'intervento;
- ☐ di accettare e condividere le prestazioni rese dal personale del Centro Servizi Famiglie, delle condizioni e dei tempi dell'intervento fissati nell'ambito della progettualità, quale strumento flessibile e soggetto a periodico aggiornamento;

¹ Art. 316 c.1 Cod. Civ.: **Responsabilità genitoriale**- Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio. I genitori di comune accordo stabiliscono la residenza abituale del minore.

² Art. 316 c.4 Cod. Civ.: **Responsabilità genitoriale**- Il genitore che ha riconosciuto il figlio esercita la responsabilità genitoriale su di lui. Se il riconoscimento del figlio, nato fuori del matrimonio, è fatto dai genitori, l'esercizio della responsabilità genitoriale spetta ad entrambi.

³ Art. 317 c.2 Cod. Civ.: **Impedimento di uno dei genitori**- La responsabilità genitoriale di entrambi i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio; il suo esercizio, in tali casi, è regolato dal capo II del presente titolo (Titolo IX del Codice Civile - Della potestà dei genitori e dei diritti e doveri del figlio).

⁴ Art. 337 ter c.3 Cod. Civ.: **Provvedimenti riguardo ai figli**- La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. Qualora il genitore non si attenga alle condizioni dettate, il giudice valuterà detto comportamento anche al fine della modifica delle modalità di affidamento.

⁵ Art. 317 c.1 Cod. Civ.: **Impedimento di uno dei genitori**: Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro.

⁶ Art. 337 quater c.1 Cod. Civ.: **Affidamento a un solo genitore e opposizione all'affidamento condiviso**: Il giudice può disporre l'affidamento dei figli ad uno solo dei genitori qualora ritenga con provvedimento motivato che l'affidamento all'altro sia contrario all'interesse del minore.

⁷ Art. 337 quater c.3 Cod. Civ.: **Affidamento a un solo genitore e opposizione all'affidamento condiviso**: Il genitore cui sono affidati i figli in via esclusiva, salva diversa disposizione del giudice, ha l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale su di essi; egli deve attenersi alle condizioni determinate dal giudice. Salvo che non sia diversamente stabilito, le decisioni di maggiore interesse per i figli sono adottate da entrambi i genitori. Il genitore cui i figli non sono affidati ha il diritto ed il dovere di vigilare sulla loro istruzione ed educazione e può ricorrere al giudice quando ritenga che siano state assunte decisioni pregiudizievoli al loro interesse.

⁸ Art. 343 Cod. Civ.: **Apertura della tutela**- Se entrambi i genitori sono morti o per altre cause non possono esercitare la responsabilità genitoriale, si apre la tutela presso il tribunale del circondario dove è la sede principale degli affari e interessi del minore. Se il tutore è domiciliato o trasferisce il domicilio in altro circondario, la tutela può essere ivi trasferita con decreto del tribunale.

- ☐ di impegnarsi a rispettare puntualmente le indicazioni che il Coordinatore e il personale del Centro forniranno nel corso dell'attuazione del progetto e di operare con senso di responsabilità per la buona riuscita dell'intervento;
- ☐ che, in casi eccezionali e straordinari, per sopraggiunta impossibilità allo svolgimento dell'intervento nei giorni e/o negli orari programmati, per improcrastinabili motivi di necessità, darà immediata comunicazione, con almeno due giorni di anticipo, all'operatore assegnato;
- ☐ di rendersi disponibile alla conferma delle prestazioni erogate e convalida delle stesse attraverso i sistemi di rilevazione in uso;
- ☐ di impegnarsi a non chiedere al personale prestazioni aggiuntive di qualsiasi natura, anche a pagamento;
- ☐ di avere preso visione dell'informativa privacy completa (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679), presente sul sito web istituzionale del Comune di Lecce, Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce, ed esposta negli uffici comunali.

ACCONSENTO/ ACCONSENTIAMO

- ☐ all'attuazione dell'intervento in oggetto.

(Luogo)

(Data)

Il/I Dichiarante/i

Sig. _____

(Firma)

Sig.ra _____

(Firma)

Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali.

Informativa breve sul trattamento dei dati.

Si informa che i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento a cui i dati si riferiscono. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale e/o per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di rilevante interesse pubblico). I dati forniti saranno trattati dal personale in servizio presso il Comune di Lecce - Ambito territoriale e sociale di Lecce, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. A tal proposito, si ricorda che le dichiarazioni sostitutive rese nella presente istanza sono oggetto di controllo da parte dell'Amministrazione procedente ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto dell'Ente). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare l'ufficio protocollo del Comune o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (privacy@liquidlaw.it).

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Comunicazione di sospensione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si comunica la sospensione dell'intervento identificato con il codice _____, a decorrere dal _____ per le ragioni di seguito specificate:

Tanto si comunica per quanto di competenza.

_____, _____
(Luogo) (Data)

ATI/Coop. Soc. _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Comunicazione di riattivazione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si comunica la riattivazione dell'intervento identificato con il codice _____, la cui sospensione è stata comunicata con propria nota prot. n. _____ del _____.

Tanto si comunica per quanto di competenza.

_____,
(Luogo)

_____,
(Data)

ATI/Coop. Soc. _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Comunicazione di sospensione e di successiva riattivazione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si comunica la sospensione dell'intervento identificato con il codice _____, a decorrere dal _____ per le ragioni di seguito specificate:

L'intervento dovrà essere riattivato a partire dal _____
Tanto si comunica per quanto di competenza.

(Luogo)

(Data)

ATI/Coop. Soc. _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Comunicazione di rimodulazione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si comunica la rimodulazione dell'intervento identificato con il codice _____. Per il dettaglio si rimanda all'Allegato CSF/B9.

Tanto si comunica per quanto di competenza.

(Luogo)

(Data)

ATI/Coop. Soc. _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

SCHEDA DI RIMODULAZIONE DEL PROGETTO DI INTERVENTO

VALUTAZIONE IN ITINERE

– Obiettivi raggiunti

– Criticità persistenti o emergenti

RIMODULAZIONE

– Elementi determinanti la richiesta di rimodulazione

– Dimensioni soggette a modifica/aggiornamento

- ☐ Obiettivi
- ☐ Prestazioni
- ☐ Tempi di attuazione
- ☐ Risorse attivabili
- ☐ Tempi di valutazione e aggiornamento

– Dettaglio delle modifiche e degli aggiornamenti

Compilare solo le sezioni relative agli aspetti soggetti a modifica/aggiornamento così come indicati nella sezione precedente

☐ OBIETTIVI

☐ PRESTAZIONI

☐ **TEMPI DI ATTUAZIONE**

☐ **RISORSE ATTIVABILI (RETE FORMALE E/O INFORMALE)**

☐ **VALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO**

(Luogo)

(Data)

ATI/Coop. Soc. _____

Dott./Dott.ssa _____

(Firma)

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI
DI LECCE



SAN CESARIO
DI LECCE



SAN
DONATO DI
LECCE



SAN PIETRO
IN LAMA



SURBO

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano, *Dott. / Dott.ssa* _____

Al Referente di servizio, *Dott. / Dott.ssa* _____

Ambito Territoriale Sociale di Lecce

OGGETTO: Centro Servizi Famiglie. Intervento cod. _____. **Comunicazione di conclusione.**

Nell'ambito del *Servizio* in oggetto, con la presente, si comunica la conclusione dell'intervento identificato con il codice _____, a decorrere dal _____ per le ragioni di seguito specificate:

Tanto si comunica per quanto di competenza.

_____, _____
(Luogo) (Data)

ATI/Coop. Soc. _____
Dott./Dott.ssa _____

(Firma)