

# 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.

Alla **ATS BRIANZA**

SC Salute Mentale, Dipendenza e Disabilità Psichica

protocollo@pec.ats-brianza.it

salute.mentale@ats-brianza.it

**1. ENTE SEGNALANTE E SERVIZIO**

Ente \_ Servizio Indirizzo N. telefono e-mail Operatore di riferimento (per gli Istituti Scolastici indicare il professionista dello sportello psicologico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 VIA

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N°

DOMICILIO/RECAPITO (se diverso dalla residenza)

TELEFONO/CELL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EMAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL GENITORE (SE RICHIEDENTE MINORENNE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO/CELL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EMAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. 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/sociosanitari/sanitari o ad altri servizi territoriali? (indicare attuali o pregressi contatti con servizi pubblici e/o privati ad es.: CPS, U.O.N.P.I.A., 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.
* Informativa relativa al trattamento dei dati personali firmata (cfr. Allegato 7 Decreto di approvazione dell’Avviso). Qualora il destinatario sia minorenne, il documento dovrà essere firmato da entrambi i genitori o da chi ha la tutela legale.

Data

Firma referente Ente segnalante

(per gli Istituti Scolastici il Dirigente Scolastico)