



**ALLEGATOC alla Dgr n. 901 del 04 giugno 2013**

pag. 1/15

**INDICAZIONI OPERATIVE REGIONALI A FAVORE DEI BAMBINI E DEI RAGAZZI MINORENNI CHE HANNO VISSUTO SITUAZIONI DI ABUSO SESSUALE O DI GRAVE MALTRATTAMENTO E DELLE LORO FAMIGLIE.**

**INDICE**

**1. PROCEDURE PER RICHIESTA ATTIVITA'**

- a) RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA ..... pag. 2
- b) RICHIESTA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DA PARTE DEI SERVIZI ..... pag. 3

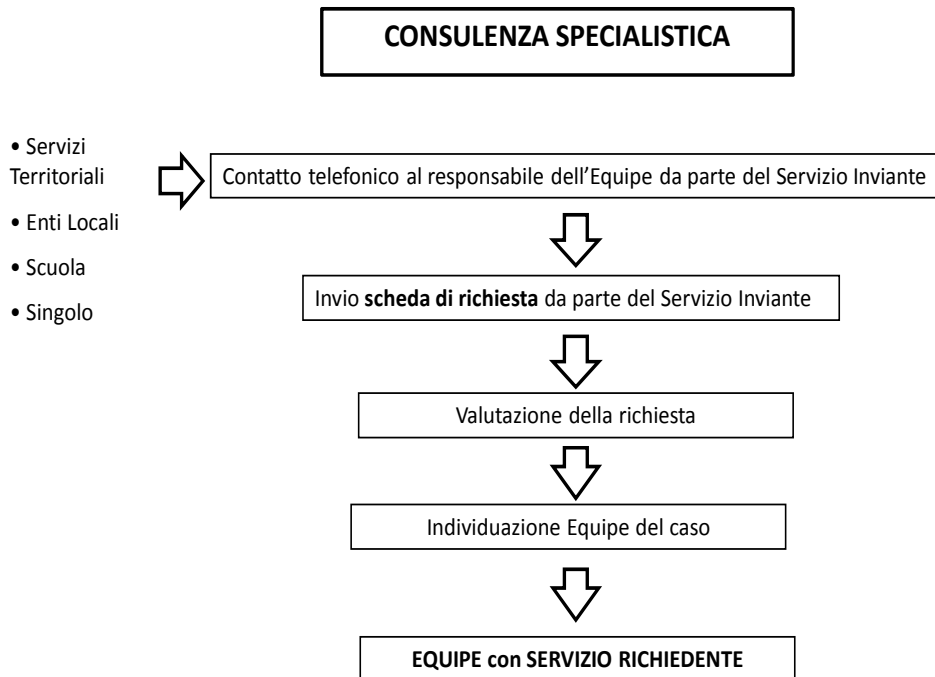
**2. DOCUMENTAZIONE**

- a) MODULO RICHIESTA DI CONSULENZA PER DIAGNOSI E ACCOMPAGNAMENTO MINORI NELL'ITER GIUDIZIARIO ..... pag. 4
- b) MODULO RICHIESTA DI CONSULENZA DA PARTE DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA. .pag.14

**1. PROCEDURE PER RICHIESTA ATTIVITA'**

a) RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA

Grafico n. 1 Procedura per la richiesta di consulenza

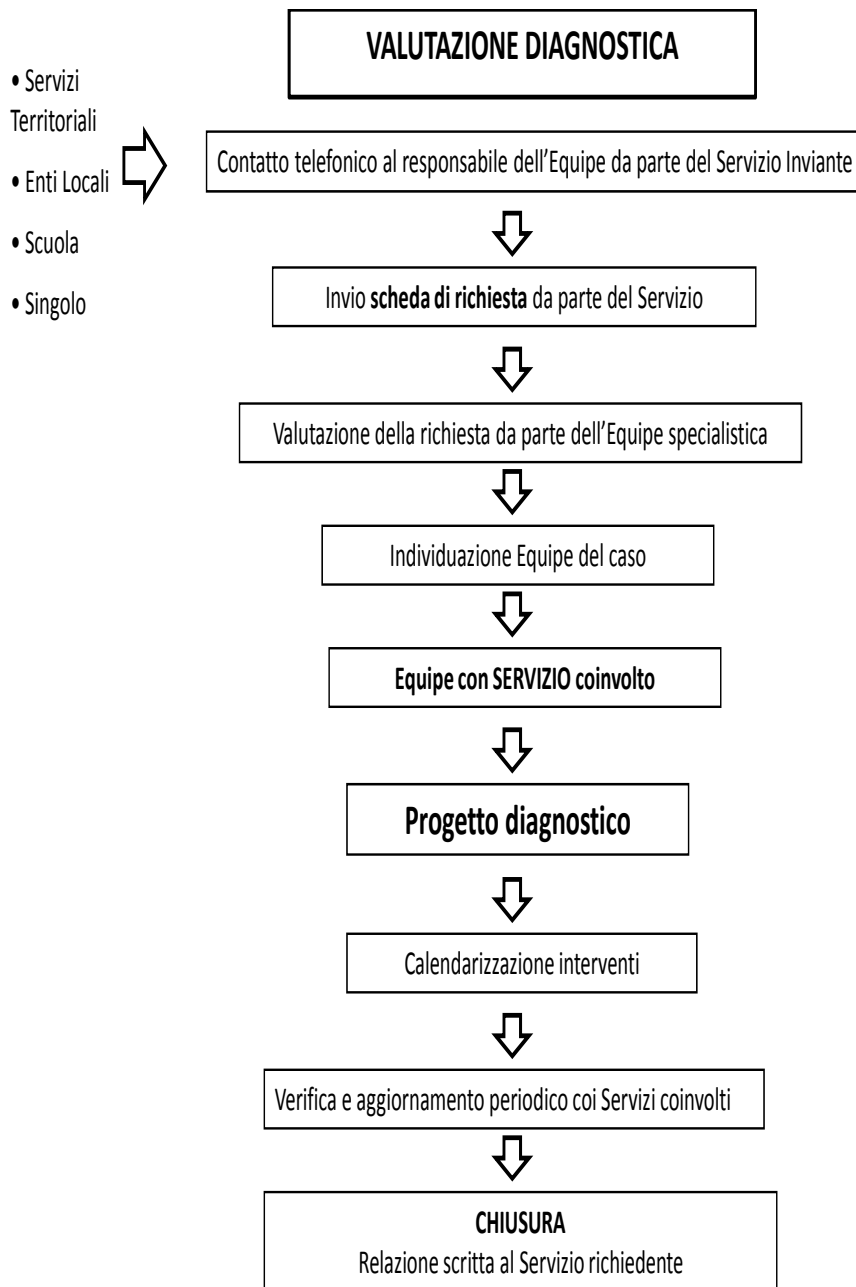


Considerata la nuova organizzazione, per facilitare l'accesso al servizio di consulenza si attivano anche **le consulenze specialistiche telefoniche o via telematica**, laddove se ne ravveda la possibilità.

Tali consulenze vanno corredate da una comunicazione scritta, da parte del servizio richiedente che ne attesti l'erogazione.

b) RICHIESTA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DA PARTE DEI SERVIZI

Grafico n. 2 Procedure per la richiesta di valutazione diagnostica



**2. DOCUMENTAZIONE****2) MODULO RICHIESTA DI CONSULENZA PER DIAGNOSI E ACCOMPAGNAMENTO MINORI NELL'ITER GIUDIZIARIO**

Data \_\_\_\_\_

**EQUIPE Interprovinciale** \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Alla c.a. del Responsabile

Dott.

**Oggetto: Richiesta consulenza per il minore \_\_\_\_\_. (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)** \_\_\_\_\_**e-mail** \_\_\_\_\_**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 CONSULENZA PER:**

- La diagnosi**
- L'accompagnamento nell'iter giudiziario**

**Si ipotizza la presenza di:  
(sono possibili più risposte)**

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

**Firma del Responsabile**

**Firma dell’operatore**

---

---

## EQUIPE SPECIALISTICA INTERPROVINCIALE DI CURA E PROTEZIONE DEI BAMBINI DEI RAGAZZI E DELLE FAMIGLIE \_\_\_\_\_

**1. SCHEDA ANAGRAFICA**  
da allegare alla richiesta di consulenza**DATI ANAGRAFICI DEL MINORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  FData di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Comune/stato di nascita \_\_\_\_\_  
(prov\_\_\_\_)

Cittadinanza (stato) \_\_\_\_\_ (In Italia da \_\_\_\_\_)

- 
- Minore straniero non accompagnato
- 
- 
- Appartiene a famiglia nomade

Residenza Indirizzo \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Codice sanitario individuale \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI****PADRE**

- 
- Deceduto
- 
- 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**

- 
- Operaio
- 
- 
- Impiegato
- 
- 
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- 
- 
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- 
- 
- pensionato
- 
- 
- disoccupato
- 
- 
- altro \_\_\_\_\_

**MADRE**

- 
- Deceduta
- 
- 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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_



**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 filiazione è:

- 1. Legittima
- 2. Riconosciuta da uno o entrambi i genitori
- 3. Non riconosciuta
- 4. Dato non conosciuto
- 5. Adottiva

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Con i nonni/parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In una famiglia affidataria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dato non conosciuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In altra situazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Il minore ha problemi di handicap?

- 1. Motorio
- 2. Sensoriale
- 3. Psicico
- 4. Plurimo

9.1) Certificato UVMD:

- 1. Sì
- 2. No

9.2) Gravità (descrizione): \_\_\_\_\_

- 5. Nessuno

Il minore frequenta servizi educativi scolastici:

- 1. L'asilo nido
- 2. La scuola materna
- 3. Le elementari
- 4. Le medie inferiori
- 5. Corso di addestramento professionale
- 6. L'istituto professionale
- 7. Le medie superiori (liceo o istituto tecnico)
- 8. Nessuna scuola
- 9. Centro diurno
- 10. CEOD
- 11. Università
- 12. Corso d'italiano
- 13. Altro

Il minore ha svolto un'attività lavorativa?

- 1. Sì, con regolarità
- 2. Sì ma in modo irregolare
- 3. Quasi mai
- 4. Mai

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. Ipercure			<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

1. non rilevato	<i>INTRA FAMILIARE</i>		<i>EXTRA FAMILIARE</i>	
	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"/>

## Valutazione PSICODIAGNOSTICA

MINORE:

Tipologia di diagnosi e classificazione usata	Servizio che ha rilevato la diagnosi	Ruolo dell'operatore che ha effettuato la diagnosi

MADRE:

Tipologia di diagnosi e classificazione usata	Servizio che ha rilevato la diagnosi	Ruolo dell'operatore che ha effettuato la diagnosi

PADRE:

Tipologia di diagnosi e classificazione usata	Servizio che ha rilevato la diagnosi	Ruolo dell'operatore che ha effettuato la diagnosi

ALTRI FAMILIARI DEL MINORE:(specificare la parentela) \_\_\_\_\_

Tipologia di diagnosi e classificazione usata	Servizio che ha rilevato la diagnosi	Ruolo dell'operatore che ha effettuato la diagnosi

ALTRI FAMILIARI DEL MINORE:(specificare la parentela) \_\_\_\_\_

Tipologia di diagnosi e classificazione usata	Servizio che ha rilevato la diagnosi	Ruolo dell'operatore che ha effettuato la diagnosi



b) MODULO RICHIESTA DI CONSULENZA DA PARTE DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

Data \_\_\_\_\_

**Equipe Interprovinciale** \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Alla c.a. del Responsabile Clinico  
Dott.

**Oggetto: Richiesta consulenza per il minore \_\_\_\_\_. (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  Corpo/Comando/...

Tribunale

Sito in (indirizzo) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

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** AL EQUIPE INTERPROVINCIALE \_\_\_\_\_ CONSULENZA PER:

- accompagnamento nell'iter giudiziario**
- audizione protetta SIT**
- audizione protetta in sede di Incidente Probatorio**

**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. Ipercuro	<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:

**1. scheda anagrafica** contenente

Dati anagrafici minore  
Dati anagrafici genitori

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**EQUIPE INTERPROVINCIALE DI CURA E PROTEZIONE DEI BAMBINI DEI RAGAZZI E DELLE FAMIGLIE**

1. SCHEDA ANAGRAFICA  
da allegare alla richiesta di consulenza

**DATI ANAGRAFICI DEL MINORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune/stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_)

Cittadinanza (stato) \_\_\_\_\_ (In Italia da \_\_\_\_\_)

Minore straniero non accompagnato

Appartiene a famiglia nomade

**Residenza** Indirizzo \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Codice sanitario individuale \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI**

**PADRE**

Deceduto  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**

- Operaio
- Impiegato
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionato
- disoccupato
- altro \_\_\_\_\_

**MADRE**

Deceduta  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 \_\_\_\_\_