

PROGETTO DI AFFIDO

Coerente, complementare al Progetto quadro, a cui si rimanda per le informazioni generali relative alla presa in carico del minore e della famiglia di origine. Da sottoscrivere nel momento in cui viene valutato opportuno un inserimento in affido familiare

SERVIZIO

DECORRENZA COLLOCAMENTO

dal

SCHEDA ANAGRAFICA

LA FAMIGLIA DI ORIGINE

(Nome e cognome, data e luogo di nascita)

Padre

Madre

LA FAMIGLIA AFFIDATARIA

(Nome e cognome, data e luogo di nascita)

Padre

Madre

IL REFERENTE DEL CASO

(Nome e cognome, Ente di appartenenza indirizzo, email, telefono e fax)

I SOGGETTI SOPRA MENZIONATI SOTTOSCRIVONO IL PRESENTE PROGETTO PER:

Nome e cognome del minore

Luogo e data di nascita del minore:

Comune di residenza del minore:

TIPOLOGIA DI AFFIDO (si vedano le tipologie previste delle Linee guida)

- ☐ Consensuale
- ☐ Giudiziale

- ☐ Intrafamiliare
- ☐ Eterofamiliare

- ☐ Diurno *specificare*
- ☐ A tempo parziale *specificare*
- ☐ Residenziale *specificare*

In situazioni particolari

- ☐ Bambino piccolo (0-24 mesi)
- ☐ Situazione di emergenza o pronta accoglienza
- ☐ Adolescente ultradiciottenne
- ☐ Bambino o adolescente con disabilità o malattia
- ☐ Minore straniero non accompagnato

Altre forme di accoglienza familiare

- ☐ Genitore-bambino e/o affido di famiglie a famiglie
- ☐ Vicinato solidale
- ☐ Rete di famiglie
- ☐ Affiancamento familiare
- ☐ Affido professionale

DURATA PREVISTA

Decreto del Tribunale per i Minorenni n.

del

IL PROGETTO

OBIETTIVI DELL'INSERIMENTO IN FAMIGLIA

Obiettivo 1.	
Obiettivo 2.	
Obiettivo 3.	
Obiettivo 4.	
Obiettivo 5.	

AZIONI E MODALITÀ DI INTERVENTO (riferite ai sopracitati obiettivi)

Azione 1.	
Azione 2.	
Azione 3.	
Azione 4.	

Azione 5.	
-----------	--

TEMPI E MODI PER LA CONCLUSIONE DELL'AFFIDO *(ove diversi dal Progetto quadro)*

--

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PROGETTO DI AFFIDO

Modalità	Frequenza	Soggetti coinvolti
	☐ Mensile ☐ Bimestrale ☐ Trimestrale ☐ Semestrale	

CARATTERISTICHE E DURATA DELL'AFFIDO

--

ENTITA' DEL CONTRIBUTO AGLI AFFIDATARI

€	
---	--

IMPEGNI E COMPITI RECIPROCI

DEL MINORE

<i>Impegno/ compito 1.</i>	
<i>Impegno/ compito 2.</i>	
<i>Impegno/ compito 3.</i>	

DELLA FAMIGLIA DI ORIGINE

<i>Impegno/ compito 1.</i>	
<i>Impegno/ compito 2.</i>	
<i>Impegno/ compito 3.</i>	

DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA

<i>Impegno/ compito 1.</i>	
<i>Impegno/ compito 2.</i>	
<i>Impegno/ compito 3.</i>	

DEL SERVIZIO SOCIALE

<i>Impegno/ compito 1.</i>	
<i>Impegno/ compito 2.</i>	
<i>Impegno/ compito 3.</i>	

DEL CONSULTORIO FAMILIARE

<i>Impegno/ compito 1.</i>	
<i>Impegno/ compito 2.</i>	
<i>Impegno/ compito 3.</i>	

DEGLI ALTRI SERVIZI *(ove presenti)*

<i>Impegno/ compito 1.</i>	
<i>Impegno/ compito 2.</i>	
<i>Impegno/ compito 3.</i>	

DELL'ASSOCIAZIONE FAMILIARE *(ove presente)*

Impegno/ compito 1.	
Impegno/ compito 2.	
Impegno/ compito 3.	

COINVOLGIMENTO DEL MINORE E DELLE FAMIGLIE**DEL MINORE***Modalità e frequenza, punti di vista e osservazioni***DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA***Modalità e frequenza, punti di vista e osservazioni***DELLA FAMIGLIA DI ORIGINE***Modalità e frequenza, punti di vista e osservazioni***Quota di compartecipazione della famiglia di origine al progetto:**☐ NO☐ SI specificare quota mensile:

FREQUENZA E MODALITÀ DEI CONTATTI DEL MINORE CON LA FAMIGLIA DI ORIGINE

--

MODALITÀ DI RAPPORTO TRA FAMIGLIA AFFIDATARIA E DI ORIGINE

☐ **Presente** Descrizione:

--

☐ **Assente** Motivazioni:

--

SOTTOSCRIZIONI

Nel corso dell'inserimento del minore, il presente Progetto potrà subire modifiche sulla base delle esigenze dei soggetti coinvolti e delle valutazioni specifiche.

La famiglia di origine (o chi esercita la responsabilità genitoriale) _____

Il minore _____

La famiglia affidataria _____

Il referente del caso _____

Il Servizio sociale _____

Il Consultorio familiare _____

L'associazione familiare _____

Altri Servizi coinvolti (tutti i Servizi specificati nella sezione "Impegni e compiti reciproci")

Data e luogo della sottoscrizione _____