

**Indagine campionaria: bambini e adolescenti fuori dalla famiglia di origine**

**Scheda INDIVIDUALE DEI SOGGETTI  
PRESENTI NEI SERVIZI RESIDENZIALI  
al 31 dicembre 2016**

**1. INFORMAZIONI GENERALI SUL BAMBINO/A O RAGAZZO/A**

**1.1 Genere:**  Maschio  Femmina

**1.2 Anno di nascita:** |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
a a a a

**1.3 Provincia di residenza** |\_\_|\_|

**1.4 Stato di nascita**

(specificare) \_\_\_\_\_

**1.5 Cittadinanza:**  Italiana

Straniera (indicare il paese di provenienza) \_\_\_\_\_

indicare se minore straniero non accompagnato

**1.6 Data dell'avvio dell'accoglienza residenziale:** |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
g g m m a a a a

**1.7 Dove viveva il bambino/a o il ragazzo/a al momento dell'ingresso? (una sola risposta)**

Nella sua famiglia di origine

In servizio residenz. per minorenni

Nella sua famiglia adottiva

In servizio residenziale sanitario

Presso parenti

In Istituto penale minorile

In famiglia affidataria

Senza fissa dimora

Con amici e conoscenti

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

In servizio residenziale sociale

**1.8 Attività svolta dal bambino/a o dal ragazzo/a:**

<b>Al momento dell'ingresso nel servizio:</b>	<b>Attualmente al 31/12/2016:</b>
<input type="checkbox"/> Frequentava Nido d'infanzia	<input type="checkbox"/> Frequenta Nido d'infanzia
<input type="checkbox"/> Frequentava Scuola dell'infanzia	<input type="checkbox"/> Frequenta Scuola dell'infanzia
<input type="checkbox"/> Frequentava Scuola primaria	<input type="checkbox"/> Frequenta Scuola primaria
<input type="checkbox"/> Frequentava Scuola secondaria di I grado	<input type="checkbox"/> Frequenta Scuola secondaria di I grado
<input type="checkbox"/> Frequentava Scuola secondaria di II grado	<input type="checkbox"/> Frequenta Scuola secondaria di II grado
<input type="checkbox"/> Frequentava Corso professionale	<input type="checkbox"/> Frequenta Corso professionale
<input type="checkbox"/> Svolgeva Attività lavorativa	<input type="checkbox"/> Attività lavorativa
<input type="checkbox"/> Nessuna attività	<input type="checkbox"/> Nessuna attività
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

**1.9 Indicare se il bambino/a o ragazzo/a ha al momento dell'ingresso un disagio diagnosticato e/o certificato (risposta multipla):**

	PRESENTE/ DIAGNOSTICATO	CERTIFICATO L.104/92
nessuna problematica specifica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi psicologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gravi disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi schizofrenici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi dello spettro psicotico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sindromi affettive gravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altre patologie psichiatriche dell'età evolutiva e dell'adolescenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequenti malattie fisiche e ospedalizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lesioni fisiche derivanti da maltrattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deficit della crescita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disabilità fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disabilità sensoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
difficoltà cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi specifici dell'apprendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi dell'attenzione e della iperattività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi scolastici legati a svantaggio socio-economico, linguistico e culturale (BES- Dir. MIUR 27/12/12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anoressia e bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza da alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza da sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza dal gioco (ludopatia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minorenni con provvedimenti penali a carico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FAMIGLIA DI ORIGINE AL MOMENTO DELL'INGRESSO

**2.1. Il bambino/a ragazzo/a era orfano al momento dell'ingresso nel servizio residenziale?**  
(una sola risposta)

- Sì, di padre                       Sì, di madre                       Sì, di entrambi i genitori  
 No                                       Non conosciuto

**2.2 Composizione della famiglia del bambino/a ragazzo/a al momento dell'ingresso nel servizio residenziale e numero di fratelli/sorelle:** (risposta multipla)

- Madre  
 Padre  
 Fratelli/Sorelle |\_|\_|  
 Nonno/a  
 Compagno/a della madre/padre  
 Altri conviventi

**2.3 Numero figli allontanati dal nucleo familiare al momento dell'ingresso nel servizio residenziale, oltre il bambino/a o ragazzo/a accolto:** \_\_\_\_\_ (specificare il numero)

**2.3.1. di cui:**

- accolti nello stesso servizio residenziale: \_\_\_\_\_ (specificare il numero)  
accolti in altro servizio residenziale: \_\_\_\_\_ (specificare il numero)  
accolti in affidamento familiare: \_\_\_\_\_ (specificare il numero)

(Da 2.4 a 2.8 non compilare nel caso di orfano di padre o di entrambi i genitori)

**2.4 Comune di residenza del padre:** (specificare) \_\_\_\_\_

**2.5 Cittadinanza del padre:**

- Italiana                       Straniera (specificare) \_\_\_\_\_  Non conosciuta

**2.6 Stato di nascita del padre**

(specificare) \_\_\_\_\_

**2.7 Condizione lavorativa del padre:**

- Occupato                       In cerca di occupazione                       Ritirato dal lavoro                       Inabile al lavoro  
 Casalingo                       Studente                                       Altra condizione                       Non conosciuta

**2.8. Problematiche del padre (risposta multipla)**

- Sospeso dalla responsabilità genitoriale  
 Decaduto dalla responsabilità genitoriale  
 In stato di detenzione (carcere o domiciliare)

- Problemi di dipendenza (Alcol, droghe)
- Problemi di dipendenza dal gioco (ludopatia)
- Problemi di salute mentale
- Disabilità fisica
- Malattia cronica
- Prostituzione
- Altre problematiche, specificare \_\_\_\_\_
- Informazioni non note

(Da 2.9 a 2.13 non compilare nel caso di orfano di madre o di entrambi i genitori)

**2.9 Comune di residenza della madre:** (specificare) \_\_\_\_\_

**2.10 Cittadinanza della madre:**

- Italiana     Straniera (specificare) \_\_\_\_\_     Non conosciuta

**2.11 Stato di nascita della madre**

(specificare) \_\_\_\_\_

**2.12 Condizione lavorativa della madre:**

- Occupata       In cerca di occupazione       Ritirato dal lavoro       Inabile al lavoro
- Casalinga       Studentessa       Altra condizione       Non conosciuta

**2.13. Problematiche della madre (risposta multipla)**

- Sospesa dalla responsabilità genitoriale
- Decaduta dalla responsabilità genitoriale
- In stato di detenzione (carcere o domiciliare)
- Problemi di dipendenza (Alcol, droghe)
- Problemi di dipendenza dal gioco (ludopatia)
- Problemi di salute mentale
- Disabilità fisica
- Malattia cronica
- Prostituzione
- Altre problematiche specificare \_\_\_\_\_
- Informazioni non note

**2.14 E' stato predisposto un progetto di sostegno e aiuto alla famiglia di origine?**

- Sì       Sì, è in corso di definizione       No (vai alla domanda 2.14.2)

**2.14.1 Se sì, indicare quale tipo di aiuto è stato predisposto (risposta multipla)**

- Supporto economico (casa/lavoro)
- Valutazione delle competenze genitoriali
- Sostegno/terapia psicologico individuale per i genitori
- Terapia familiare
- Mediazione familiare
- Presa in carico psichiatrica
- Presa in carico da parte del Sert
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**2.14.2 Se no, perché:**

- La famiglia di origine si rifiuta
- Scarsità di risorse professionali e/o economiche a disposizione
- Famiglia non conosciuta
- Avvio procedura di adottabilità del minore
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**3. INFORMAZIONI RELATIVE AL RAPPORTO DEL BAMBINO/A O DEL RAGAZZO/A CON IL SERVIZIO**

**3.1 Nel corso della sua vita il bambino/a o ragazzo/a ha avuto precedenti esperienze di accoglienza? (risposta multipla)**

- Sì, nello stesso servizio residenziale
- Sì, in altro servizio residenziale
- Sì, in affidamento familiare
- No, nessuna (vai a domanda 3.2)
- Non conosciuta (vai a domanda 3.2)

**3.1.1 Se ci sono state precedenti esperienze di accoglienza indicare il motivo principale dell'interruzione/modifica del progetto: (risposta multipla)**

- Fallimento di affidamento familiare
- Fallimento progetto di accoglienza in comunità
- Problematiche comportamentali del minore
- Problematiche sanitarie del minore
- Cambiamento delle possibilità di accoglienza della famiglia affidataria
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**3.2 Tutela esercitata attualmente da:** *(una sola risposta)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entrambi i genitori           | <input type="checkbox"/> Direttore/Responsabile struttura      |
| <input type="checkbox"/> Un genitore                   | <input type="checkbox"/> Tutore legale (ad esempio l'avvocato) |
| <input type="checkbox"/> Parente entro il quarto grado | <input type="checkbox"/> Responsabile Ente Locale              |
| <input type="checkbox"/> Attualmente non prevista      | <input type="checkbox"/> Altro( <i>specificare</i> _____)      |

**3.3 Motivi dell'inserimento del bambino/a o del ragazzo/a nel servizio:** *(indicare un solo motivo principale, tutti i motivi secondari correlati e tutti i motivi emersi nel corso dell'accoglienza)*

	Motivo principale	Motivi secondari correlati	Motivi emersi nel corso dell'accoglienza
problemi relazionali nella famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di violenza domestica in famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi abitativi della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi economici della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi lavorativi di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi giudiziari di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi sanitari di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di dipendenza di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
incapacità educativa dei genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
decesso di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi con la famiglia affidataria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi con la famiglia adottiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abuso/sfruttamento sessuale sul minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maltrattamento fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trascuratezza materiale e affettiva del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
violenza assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maltrattamento psicologico del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi sanitari del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi scolastici del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi comportamentali del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comportamenti di grave devianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anoressia e bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di dipendenza del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presunto abbandono del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
misura alternativa alla detenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestante/ragazza madre se minorenni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minore straniero non accompagnato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non riconoscimento alla nascita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro ( <i>specificare</i> ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.4 Nel caso di madre minorenni, indicare:**

**3.4.1** N° figli minorenni presenti con lei nel servizio residenziale |\_|

**3.4.2** Indicare il numero di figli che presentano problemi di:

- disabilità fisica |\_|
- disabilità psichica |\_|
- disabilità multipla |\_|
- nato prematuro |\_|
- altro specificare \_\_\_\_\_

### 3.4.3 Il figlio/i è/sono affidato/i:

- alla madre
- al padre
- a entrambi i genitori
- parente entro il quarto grado
- tutore legale (ad esempio l'avvocato)
- ai servizi sociali territoriali
- altro (specificare \_\_\_\_\_)

### 3.5 Tipologia dell'accoglienza al momento dell'ingresso nel servizio residenziale e al 31/12/2016:

- Consensuale all'ingresso e al 31/12/2016
- Giudiziale all'ingresso e al 31/12/2016
- Consensuale all'ingresso e giudiziale al 31/12/2016
- Giudiziale all'ingresso e consensuale al 31/12/2016

### 3.6 L'inserimento nel servizio è stato disposto in base ad una misura di allontanamento in via di emergenza (art. 403 c.c.)?

- Sì, da convalidare
- Sì, già convalidata
- No

### 3.7 Soggetto che ha richiesto l'inserimento del bambino/a o del ragazzo/a nel servizio: (risposta multipla)

- Entrambi i genitori
- Solo un genitore
- Autorità giudiziaria
- Professionista privato
- Forze dell'ordine
- Servizi sociali territoriali
- ASL
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 3.8 Il bambino/a o ragazzo/a ha o ha avuto decreti di adottabilità o di adozione:

- Sì, passato decreto di adozione
- Sì, attuale decreto di adottabilità
- Sì, entrambi
- No
- Informazione non conosciuta

## 4. SERVIZIO E PROGETTO DI ACCOGLIENZA

### 4.1 E' stato definito un Progetto Quadro dell'accoglienza a favore del bambino (vedi glossario)

- Sì
- No (vai alla domanda 4.2)

#### 4.1.1 Se sì, cosa comprende:

- interventi per il bambino
  - Sociali
  - Sanitari
  - Educativi
- interventi per la famiglia di origine
  - Sociali
  - Sanitari
  - Educativi
- descrizione dello specifico progetto educativo individualizzato dell'accoglienza (modalità, tempi di attuazione, prevedibile durata)
- altri interventi, specificare \_\_\_\_\_

#### 4.1.2 Alla definizione del Progetto Quadro hanno partecipato (risposta multipla)

- i Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- l'Azienda U.S.L. di residenza del minore
- il Giudice tutelare
- il Tribunale per i minorenni
- la famiglia di origine
- il/la bambino/a o il ragazzo/a
- il Responsabile o operatori del servizio residenziale
- altro (specificare \_\_\_\_\_)

#### 4.2 Per il bambino/a o il ragazzo/a è stato definito il Progetto educativo individualizzato?

- Sì
- No (vai alla domanda 4.3)

#### 4.2.1 Alla definizione del Progetto educativo individualizzato del bambino/a o il ragazzo/a hanno partecipato: (risposta multipla)

- i Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- l'Azienda U.S.L. di residenza del minore
- il Giudice tutelare
- il Tribunale per i minorenni
- la famiglia di origine
- il/la bambino/a o il/la ragazzo/a
- il Responsabile o operatori del servizio residenziale
- altro (specificare \_\_\_\_\_)



**4.2.2 Alla gestione del Progetto educativo individualizzato del bambino/a o il ragazzo/a partecipano: (risposta multipla)**

- i Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- l'Azienda U.S.L. di residenza del minore
- il Giudice tutelare
- il Tribunale per i minorenni
- la famiglia di origine
- il/la bambino/a o il/la ragazzo/a
- il Responsabile o operatori del servizio residenziale
- altro (*specificare*\_\_\_\_\_)

**4.2.3 Sono stati previsti momenti di verifica dell'andamento del Progetto educativo individualizzato da parte del servizio?**

- sì, almeno una volta al mese
- sì, ogni sei mesi
- sì, una volta l'anno
- solo alla conclusione dell'accoglienza
- no, mai (*vai alla domanda 4.3*)
- altro (*specificare*\_\_\_\_\_)

**4.2.3.1 Se sì, di norma ai momenti di verifica partecipano: (risposta multipla)**

- Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- Azienda U.S.L. di residenza del minore
- Tutore
- Giudice tutelare
- Tribunale per i minorenni
- Famiglia di origine
- Equipe servizio residenziale
- il/la bambino/a o il/la ragazzo/a
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**4.2.3.2 L'accompagnamento del Progetto educativo individualizzato prevede (indicare le tre modalità di intervento più utilizzate)**

- Colloqui individuali con il bambino
- Colloqui individuali uno o entrambi i genitori
- Incontri di gruppo con bambino e genitore/i
- Visite domiciliari presso famiglia di origine
- Altro specificare\_\_\_\_\_

**4.3. Per il bambino/a o il ragazzo/a è stato definito un Piano di trattamento individuale?**

- Sì
- No (*vai alla domanda 4.4*)

**4.3.1 Il Piano di trattamento individuale del bambino/a o il ragazzo/a è stato elaborato da:**  
(risposta multipla)

- Centro di Salute Mentale (CSM)
- Servizio sociale territoriale
- Professionisti privati coinvolti
- Ospedale psichiatrico
- Servizi della giustizia minorile
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**4.3.2 Alla definizione del Piano di trattamento individuale del bambino/a o il ragazzo/a sono stati coinvolti:** (risposta multipla)

- Il/la bambino/a o il/la ragazzo/a
- Famiglia
- Servizio sociale
- Scuola
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**4.3.3 Alla gestione del Piano di trattamento individuale del bambino/a o il ragazzo/a partecipano:** (risposta multipla)

- Centro di Salute Mentale (CSM)
- Servizio sociale territoriale
- Professionisti privati coinvolti
- Ospedale psichiatrico
- Servizi della giustizia minorile
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**4.3.4 Il PTI contiene la sottoscrizione di un “accordo/impegno di cura” tra DSM (Dipartimento di Salute Mentale) e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l’adesione del il/la bambino/a o il/la ragazzo/a al trattamento?**

Sì                       No

**4.3.5 Il percorso clinico-assistenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)?**

Sì                       No

**4.3.6 Il PTRP del bambino/a o il ragazzo/a è stato elaborato da:** (risposta multipla)

- Dall’equipe della struttura residenziale
- Centro di Salute Mentale (CSM)
- Professionisti privati coinvolti
- Servizi della giustizia minorile
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**4.4 Il bambino riceve telefonate da: (una sola risposta per riga)**

	almeno 1 volta la settimana	più volte nel mese	alcune volte l'anno	mai
il padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
parenti entro il quarto grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altri adulti di riferimento ( <i>specificare</i> ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.5 Il bambino riceve visite da: (una sola risposta per riga)**

	almeno 1 volta la settimana	più volte nel mese	alcune volte l'anno	mai
il padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
parenti entro il quarto grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altri adulti di riferimento ( <i>specificare</i> ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.6 Il bambino/a o il ragazzo/a rientra in famiglia?**

- Sì, una o più volte a settimana
- Sì, con altra modalità concordata \_\_\_\_\_ (*specificare*)
- Raramente
- No, mai perché \_\_\_\_\_ (*specificare*)

**4.7 Per il bambino/a o il ragazzo/a sono stati realizzati incontri protetti?**

- Sì      No

**4.7.1 Se sì, gli incontri sono stati realizzati con:**

- Entrambi i genitori     Solo la madre     Solo il padre     Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**4.8 Al bambino il servizio territoriale offre rimborsi spese, contributi, agevolazioni o interventi?**

- Sì      No

#### **4.8.1 Se sì, specificare:**

##### **Rimborso delle spese**

- spese sanitarie
- visite specialistiche e/o urgenti
- ortodonzia e/o cure dentali
- occhiali da vista
- ausili o protesi non fornite né rimborsate dal S.S.
- soggiorni, cure climatiche e/o termali
- libri di testo e materiale scolastico
- recupero scolastico
- rimborso chilometrico (in caso di accompagnamenti frequenti e/o residenza in altro Comune)
- attività sportive e/o associativa
- trasporto scolastico
- corredo d'ingresso
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

##### **Contributi indiretti**

- assicurazione per gli accolti
- esenzione ticket sanitari
- frequenza gratuita asili nido pubblici
- esenzione pagamento mensa scolastica
- riduzione retta asili nido o mensa scolastica
- tessere gratuite trasporto urbano
- esenzione quota trasporto scolastico
- interventi educativi domiciliari
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

##### **Agevolazioni:**

- priorità iscrizione asili nido e scuole materne comunali/statali
- cure ortodontiche e/o dentali gratuite grazie a protocolli con associazioni
- attività sportive gratuite grazie a protocolli
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

##### **Interventi di assistenza:**

- sostegno terapeutico individuale pubblico
- sostegno terapeutico individuale privato
- affiancamento di volontari
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Questionario compilato da:

Nome Cognome \_\_\_\_\_  
Ruolo/funzione \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” – art. 2 (finalità), art. 4 (definizioni), artt. 7-10 (diritti dell’interessato), art. 13 (informativa), artt. 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- “Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici” (all. A. 4 del Codice in materia di protezione dei dati personali – Provvedimento del Garante n. 2 del 16 giugno 2004, Gazzetta Ufficiale 14 agosto 2004, n. 190).