



PROTOCOLLO DI INGRESSO

da restituire compilato e siglato unitamente alla lettera di accordo

Tipo di provvedimento di ingresso
(specificare se Civile VG o AD, Amministrativo, del Comune o di altre Istituzioni; copia da consegnare):

Soggetto/i esercente la potestà: _____

Tutori o Curatori speciali: _____

Informazioni sul minore, sulla situazione familiare e sul contesto di riferimento

Minore in ingresso:

Motivo dell'inserimento: _____

Luogo e data di nascita: _____
Dove vive: _____
Con chi vive: _____
Con chi dorme: _____
Stato dell'abitazione: _____

Scuola, classe frequentata: _____

In caso di abbandono scolastico, cosa, quando e perché. Eventuali lavori o corsi di formazione:

Situazione sanitaria: _____

Dipendenze: _____

Stato psico-fisico: _____

Bisogni e carenze: _____



Capacità e limiti:

Quali sono le risorse psicofisiche, cognitive, emotive e relazionali:

Rapporto con la madre:

Rapporto con il padre:

Rapporto con fratelli e sorelle:



Rapporto con altri parenti e amici:

Come e con chi passa la sua giornata:

Altre informazioni sulla sua storia personale:

Altre informazioni sulla sua storia familiare:

Altre informazioni sulla sua vita sociale:
(scuola, amici, altro)



Se ha avuto precedenti rapporti con i Servizi del Comune, quali:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note con estremi e riferimenti)

Se ha avuto precedenti rapporti con altri Servizi Sociali, quali:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note con estremi e riferimenti)

Se ha avuto precedenti esperienze giudiziarie, anche come persona offesa:
(quando, per cosa, note con estremi e riferimenti)

Procedimenti in corso:
(quando, per cosa, note con estremi e riferimenti)



Altri servizi socio sanitari attivati per il minore al momento dell'ingresso:
(ruolo, obiettivi e riferimenti)

Altri servizi socio sanitari attivati in passato:
(ruolo, obiettivi e riferimenti)

Obiettivi dell'inserimento:

Durata prevista:

Dopo la Comunità:

(risoluzione problema, affido, adozione, trasferimento in altra struttura, rientro a casa, altro)

Madre:

Età:

Stato civile:

Abitazione:

Convivente con:

Telefono:



Titolo di studio: _____
Lavoro: _____

Tenore di vita: _____
(sussistenza, basso, medio, alto)

Situazione sanitaria: _____

Stato psico-fisico: _____

Precedenti rapporti con i Servizi del Comune:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Precedenti rapporti con altri Servizi Sociali:

Precedenti Penali:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Procedimenti in corso:

Padre: _____

Età: _____
Stato civile: _____
Abitazione: _____
Convivente con: _____
Telefono: _____

Titolo di studio: _____



Lavoro: _____

Tenore di vita: _____
(sussistenza, basso, medio, alto)

Situazione sanitaria:

Stato psico-fisico:

Precedenti rapporti con i Servizi del Comune:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Precedenti rapporti con altri Servizi Sociali:

Precedenti Penali:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Procedimenti in corso:

Fratelli e sorelle (1): _____

(in caso di più di tre fratelli, compilare per i tre rapporti più significativi e scrivere nome ed età degli altri)

Età: _____
Stato civile: _____
Abitazione: _____
Convivente con: _____
Telefono: _____

Titolo di studio: _____
Lavoro: _____

Tenore di vita: _____



(sussistenza, basso, medio, alto)

Situazione sanitaria:

Stato psico-fisico:

Precedenti rapporti con i Servizi del Comune:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Precedenti rapporti con altri Servizi Sociali:

Precedenti Penali:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Procedimenti in corso:

Fratelli e sorelle (2): _____

Età: _____
Stato civile: _____
Abitazione: _____
Convivente con: _____
Telefono: _____

Titolo di studio: _____
Lavoro: _____

Tenore di vita: _____
(sussistenza, basso, medio, alto)

Situazione sanitaria:



Stato psico-fisico:

Precedenti rapporti con i Servizi del Comune:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Precedenti rapporti con altri Servizi Sociali:

Precedenti Penali:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Procedimenti in corso:

Fratelli e sorelle (3): _____

Età: _____
Stato civile: _____
Abitazione: _____
Convivente con: _____
Telefono: _____

Titolo di studio: _____
Lavoro: _____

Tenore di vita: _____
(sussistenza, basso, medio, alto)

Situazione sanitaria:

Stato psico-fisico:



Precedenti rapporti con i Servizi del Comune:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Precedenti rapporti con altri Servizi Sociali:

Precedenti Penali:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Procedimenti in corso:

Altri fratelli e sorelle:

(indicare di seguito il nome, l'età e il comune di residenza)

Altri familiari o persone conviventi/prossime (1):

(in caso di più di due, compilare per i rapporti più significativi e scrivere nome ed età degli altri)

Età: _____
Stato civile: _____
Abitazione: _____
Convivente con: _____
Telefono: _____

Titolo di studio: _____
Lavoro: _____

Tenore di vita: _____
(sussistenza, basso, medio, alto)

Situazione sanitaria:



Stato psico-fisico:

Precedenti rapporti con i Servizi del Comune:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Precedenti rapporti con altri Servizi Sociali:

Precedenti Penali:
(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Procedimenti in corso:

Altri familiari o persone conviventi/prossime (2):

Età: _____
Stato civile: _____
Abitazione: _____
Convivente con: _____
Telefono: _____

Titolo di studio: _____
Lavoro: _____

Tenore di vita: _____
(sussistenza, basso, medio, alto)

Situazione sanitaria:

Stato psico-fisico:

Precedenti rapporti con i Servizi del Comune:



(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Precedenti rapporti con altri Servizi Sociali:

Precedenti Penali:

(quando, per cosa, per quanto tempo, note)

Procedimenti in corso:

_____ / _____

Comune di _____
FIRMA



ASSENSO ALL'INGRESSO DA PARTE DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ SUL MINORE
(da compilarsi solo se in assenza di decreto)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ provincia di ____
il _____, residente a _____ CAP _____ prov. ____ in via _____
n° _____ (di seguito, l' "Esercente la potestà") nella mia qualità di Genitore esercente la potestà / Tutore
del minore _____ nato/a a _____ provincia di _____ il _____
(di seguito, il "Minore"), dichiaro di approvare la richiesta di ingresso in comunità dei Servizi Sociali del
Comune di _____ e decreto quindi il mio pieno consenso all'inserimento del minore.
Dichiaro inoltre di aver preso conoscenza che nel Protocollo d'Ingresso della _____ è
previsto che i minori ammessi siano sottoposti entro i primi tre mesi dall'ingresso ad un *check-up*
sanitario che prevede, tra l'altro: visita oculistica e dentistica, incontro con psicologo, visita pediatrica
completa, analisi delle urine e del sangue, eventuali visite specialistiche necessarie a definire lo stato di
salute dell'ospite e a meglio progettare un suo recupero completo sotto il profilo psicofisico.

Firma del Genitore esercente la potestà o del Tutore

Assenso all'ingresso

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/03

Dichiaro di essere stato informato che, ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n°
196, _____, in relazione alle prestazioni di cui all'affidamento previsto in accordo
con il Comune di _____, eseguirà nel rispetto della normativa citata e degli obblighi
di correttezza, liceità e riservatezza previsti, il trattamento dei dati personali del Minore ottenuti nella
fase di ingresso e durante tutta la permanenza dello stesso presso _____

Il titolare del trattamento è _____ con sede a _____, _____ nella
persona del legale rappresentante *pro tempore*.

L'elenco dei responsabili e degli incaricati del trattamento dei dati personali è disponibile presso gli uffici
di _____.

Il trattamento dei dati sarà eseguito da soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti, costantemente
identificati, opportunamente istruiti e resi edotti della normativa vigente.

Il trattamento sarà effettuato sia mediante l'ausilio di strumenti elettronici sia mediante supporti cartacei,
e comunque con modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. Il trattamento
sarà eseguito esclusivamente in funzione della gestione del rapporto di assistenza e cura del minore
affidato. La raccolta di alcuni dati è obbligatoria; in tali ipotesi il rifiuto del consenso al trattamento dei
dati impedisce la stipula del presente contratto di assunzione per l'impossibilità per _____ di
provvedere al corretto adempimento degli obblighi di legge inerenti la gestione del servizio, in particolare
con riferimento agli adempimenti di natura fiscale, previdenziale e contrattuale. I dati del Minore
potranno inoltre essere comunicati soltanto a terzi in funzione dello svolgimento di obblighi giudiziari
quali, a titolo esemplificativo, curatori speciali per procedimenti in tribunale o ancora in funzione delle
cure mediche o psichiatriche eventualmente necessarie.

Poiché _____, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali del Minore verrà
naturalmente a conoscenza di dati definiti "sensibili" ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera d), del D.Lgs. n.
196/2003, esprimo il mio consenso ora per allora anche al trattamento di tali dati personali. In
particolare, ai fini di quanto stabilito nel Protocollo di Ingresso circa le prestazioni di check up medico
previsto per i minori assistiti e più in generale per il piano di trattamento dei minori, ivi comprendendo le
visite e le analisi mediche, di genere e specialistiche, programmate o comunque necessarie, dichiaro di
essere stato informato e di dare il mio consenso al trattamento di tutti i dati che ne deriveranno.

Tutti i dati verranno conservati da _____ anche dopo l'uscita del Minore dalla
_____ per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi o derivanti dalla
conclusione del rapporto affidatario.

Dichiaro, altresì, di essere stato informato che, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il



diritto di oppormi, in tutto o in parte, al trattamento e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che riguardano il Minore, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che mi sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Firma del Genitore esercente la potestà o del Tutore

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 d.lgs. 196/2003)

Si consegnano in data _____ i seguenti documenti:

- Documento di identità
- Codice Fiscale
- Permesso di soggiorno (per minori stranieri)
- Libretto sanitario
- Tessera delle vaccinazioni
- Referti di esami medici effettuati e di operazioni chirurgiche
- Decreto attuale
- Decreti precedenti
- Relazioni dei Servizi Sociali
- Relazione di specialisti (psicologo, logopedista, neuropsichiatria, altro)
- Relazioni di servizi che hanno già accolto il minore (Comunità, Centri Diurni, Assistenza Domiciliare)
- Relazioni scolastiche e pagelle
- Nulla osta al trasferimento nella nuova scuola

_____ (per ricevuta)	Comune di _____
FIRMA	FIRMA