



**PROGRAMMA REGIONALE FONDO SOCIALE EUROPEO  
PLUS 2021-2027 PRIORITÀ 3 – INCLUSIONE  
SOCIALE**

**OGGETTO: SEGNALAZIONE E PRE-VALUTAZIONE - 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 INSUBRIA  
Dipartimento PIPSS  
S.S.D. Gestione, Monitoraggio Progettualità  
Famiglia e Fragilità

Da compilare preferibilmente digitalmente e inviare via PEC all'indirizzo:  
protocollo@pec.ats-insubria.it

**1. ENTE SEGNALANTE E SERVIZIO**

Ente \_\_\_\_\_

Servizio \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N. telefono \_\_\_\_\_

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

Operatore di riferimento e ruolo ricoperto all'interno dell'Ente (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 \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domicilio/recapito (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Telefono/cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Se minorenne, compilare inserendo anche i dati della/e persona/e esercenti la responsabilità genitoriale o del tutore:

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

Telefono/cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

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

Telefono/cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

## 3. SEGNALAZIONE

3.1 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:	

<p>Abbandono scolastico (ad es. fallimenti scolastici/formativi)</p> <p>Specificare:</p>	
<p>Comportamenti a rischio (alcohol, droghe, gioco); Problemi con la giustizia (es. comportamenti delinquenti, antisociali, distruttivi, problemi di tipo penale o amministrativo per reati come risse o detenzione illegale di stupefacenti)</p> <p>Specificare:</p>	
<p>Altro</p> <p>Specificare:</p>	

- 3.2 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.)

3.3 Se sì, quali interventi sono stati effettuati nei confronti dell'interessato e/o della famiglia (in particolare nell'ultimo biennio)?

3.4 Elementi anamnestici noti e 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.

4.1 Area del comportamento

4.2 Relazioni familiari

4.3 Relazione tra pari

4.4 Relazioni sociali

4.5 Eventi di vita stressanti

4.6 Scuola/Formazione/Lavoro

4.7 Tempo libero

4.8 Area legale

4.9 Risorse individuali e fattori protettivi

4.10 Ipotesi di intervento auspicata dal segnalante a favore del preadolescente/adolescente/giovane che ci si aspetta possa essere realizzato dalla misura #UP – percorsi per crescere alla grande, in affiancamento gli interventi attuali

**Si allega:**

- Consenso all'avvio al percorso (cfr. mod. 1D) da parte del destinatario maggiorenne oppure, se minorenni, consenso da parte dei soggetti esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela. Qualora il destinatario sia minorenni, 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 minorenni, il documento dovrà essere firmato da entrambi i genitori o da chi ha la tutela legale
- Carta identità dell'adolescente/giovane o, se minorenni, dei genitori o esercente potestà genitoriale

**Attenzione: Si ricorda che la modulistica allegata, potrà essere firmata dall'adolescente solo se maggiorenne, altrimenti, le firme dovranno essere apportate da entrambi i genitori. Non è prevista la firma di un solo genitore a meno che vi sia un reale impedimento dell'altro genitore affidatario (es: affidamento esclusivo, detenzione del genitore affidatario, vedovanza, impedimento per ragioni di salute, etc..)**

Data \_\_\_\_\_

Firma referente Ente segnalante

\_\_\_\_\_