



REPORT PROGETTO SOCIALE

Proc. AA.GG. N° MINORE ETÀ SESSO: F M

In caso di più minori interessati o di inserimento unitamente alla madre, specificare:

.....
.....

Circoscrizione di Residenza EX ART. 403 C.C.: Precedenti esperienze in struttura: NOME REFERENTE S.S.

Nome struttura:
Referente:
Recapiti tel/fax:
E-mail:

SERVIZI COINVOLTI:

NOME OPERATORE	SERVIZIO	RECAPITI

Obiettivi i del progetto:

Superamento delle condizioni di rischio e/o di pregiudizio <input type="checkbox"/>	Potenziamento delle capacità genitoriali <input type="checkbox"/>
Attivazione/rafforzamento delle relazioni sociali di supporto <input type="checkbox"/>	Autonomia e/o svincolo <input type="checkbox"/>
*Altro..... <input type="checkbox"/>	*Altro..... <input type="checkbox"/>

Azioni per il potenziamento delle competenze genitoriali:

Interventi per la rilettura condivisa dei significati individuali e relazionali dei comportamenti pregiudizievoli nei confronti del/i minore/i <input type="checkbox"/>
Interventi per favorire la comprensione e co-partecipazione alla sofferenza del/i minore/i <input type="checkbox"/>
Interventi per favorire il rinforzo delle responsabilità genitoriali <input type="checkbox"/>
Interventi per attivare comportamenti riparativi in funzione del cambiamento <input type="checkbox"/>
*Altro..... <input type="checkbox"/>
*Altro..... <input type="checkbox"/>

Risultati attesi	SERVIZIO	Entro quando

Date previste per il monitoraggio	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre	5° trimestre	6° trimestre	7° trimestre	8° trimestre

Data prevista della conclusione dell'inserimento in struttura: Mese _____ Anno _____

FIRMA REFERENTE/I:

*Altro... = specificare

DATA COMPILAZIONE ____/____/____