

ANAMNESI SOCIALE

Informazioni anagrafiche utente/ospite

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Stato civile _____

Comune Provincia _____

Residente a _____ (CAP _____) dal _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Attuale collocazione _____

Composizione del nucleo familiare

(specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefonico)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Indirizzo della famiglia _____

Recapito altri familiari e persone di riferimento

(specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefono)

1. _____

2. _____

3. _____

Diagnosi sanitaria

Situazione giuridica

Interdizione SI NO

Tutore (dati anagrafici e recapiti completi) _____

Amministrazione di sostegno SI NO

Amministratore di sostegno (dati anagrafici e recapiti completi)

Inabilitazione SI NO

Curatore (dati anagrafici e recapiti completi)

Informazioni significative sul contesto socio-familiare

Scolarizzazione:

- non concluso obbligo
- concluso obbligo (anno:)
- formazione professionale
- scuola superiore
- scuola universitaria
- laurea
- non nota

Attività post scuola:

- nessuna
- CSE/CDD
- SFA
- tirocinio lavoro
- lavoro
- altro

Altre informazioni utili (es. esperienze di integrazione sociale, inserimenti in altre strutture, frequenza ambiti di volontariato, parrocchiale, altro)

Attività prima dell'inserimento:

- nulla/pensionato
- lavoratore
- studente

Situazione pensionistica:

Invalità civile Indennità di accompagnamento Sociale Anzianità Reversibilità Infortunio sul lavoro
 Altro (specificare) _____

Motivo della richiesta di inserimento e obiettivi del progetto

Servizi di riferimento

Servizio Sociale comunale (indirizzo e recapito del servizio)

Operatori referenti (nome, qualifica, recapito)

Servizio distrettuale ASL - Area della disabilità (indirizzo e recapito del servizio)

Operatori referenti (nome, qualifica, recapito)

Medico di Base (indicare nome e recapito)

Altro (specificare la tipologia del servizio, indirizzo, recapito e operatori referenti)

Montorio al Vomano, _____

I DICHIARANTI

*DISPOSIZIONI E CONTROLLI

Il Comune potrà procedere a idonei controlli “anche a campione” sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, ai sensi dell’art. 71 del citato D.P.R. Qualora dal controllo di cui all’art. 71 succitato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del T.U. D.P.R. 445/2000) e sarà soggetto alla responsabilità penale di cui all’art. 76 del T.U. D.P.R. 445/2000 e si procederà alla revoca del beneficio.

CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI



I sottoscritti
preso atto dell’informativa ai sensi dell’art. 13 del GDPR n. 679/2016 "Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati", esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali.

Data ___/___/_____ Firma _____