

SERVIZIO EDUCATIVO DOMICILIARE MINORI STRANIERI

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE INTERVENTO  
 DOMICILIARE CON PROGETTO EDUCATIVO**  
 in caso di nuova richiesta compilare solo i punti dal numero 1 al numero 16

**RICHIESTA DI VARIAZIONE INTERVENTO DOMICILIARE**  
 in caso di proroga/modifica orario/sospensione/chiusura compilare solo i punti numero 1-2-17-18

1.

Comune richiedente	
Assistente Sociale referente	
Telefono	
Fax	
E-mail	

2.

Minore	
Nome	
Cognome	
Sesso	<input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina
Nato/a il	
Nazionalità	
Indirizzo	
Rif. telefonici	
In Italia dal	

3.

Nucleo Familiare					
	Nome	Cognome	Età	Nazionalità	Residente a
Padre					
Madre					
Fratello					
Fratello					
Sorella					
Sorella					
La famiglia è in Italia dall'anno					

4.

Altre figure di riferimento presenti all'interno del nucleo familiare				
	Nome	Cognome	Nazionalità	Età
Zio				
Zia				
Nonno				
Nonna				

13.

<b>Sede dove si propone di effettuare l'intervento</b>

14.

<b>Criteri e tempi di Verifica</b>

15.

<b>Durata del progetto</b>

16.

<b>Numero ore settimanali di intervento richieste</b>

17.

<b>Richiesta di variazione</b>	
	Sospensione SED dal
	Riattivazione SED dal                      per un totale di                      ore settimanali
	Chiusura SED dal
	Modifica orario SED dal                      per un totale di                      ore settimanali
	Proroga dell'intervento in corso (specificare periodo)
	Altro

18.

<b>Motivazioni</b>

.....li.....

firma assistente sociale