

Al Centro polifunzionale per le famiglie "Come il colibrì"  
e-mail: [comeilcolibri@coopsansaturnino.org](mailto:comeilcolibri@coopsansaturnino.org)  
[pec.amministrazione@pec.coopsansaturnino.org](mailto:pec.amministrazione@pec.coopsansaturnino.org)

## Scheda di segnalazione per richiesta intervento ( si prega di compilare in ogni sua parte)

### 1. Ente Inviante

<input type="radio"/> MUNICIPIO ROMA _____ <input type="radio"/> ASL _____ Distretto _____ Servizio _____ <input type="radio"/> DIPARTIMENTO _____ <input type="radio"/> TERZO SETTORE: - Cooperativa sociale _____ - Associazione _____ <input type="radio"/> PROFESSIONISTA PRIVATO _____
---

### 2. Data invio della richiesta

<b>Servizio inviante</b>
<input type="radio"/> OPERATORE REFERENTE DEL CASO _____ <input type="radio"/> QUALIFICA _____ <input type="radio"/> TELEFONO _____ <input type="radio"/> E-MAIL _____
<b>Altri Servizi coinvolti</b>
<input type="radio"/> OPERATORE REFERENTE DEL CASO _____ <input type="radio"/> QUALIFICA _____ <input type="radio"/> TELEFONO _____ <input type="radio"/> E-MAIL _____

### 3. Dati utenza

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	CONTATTI
			Tel. _____ e-mail: _____

			Tel. _____ e-mail: _____
			Tel. _____ e-mail: _____
			Tel. _____ e-mail: _____

Posizione Giuridica	
Fascicolo N.	
Giudice Delegato	
Decreto del	
A.A.G.G.	

**4. Breve descrizione del caso  
(max 15 righe)**

## 5. Area di intervento richiesto

<input type="checkbox"/> <b>Area Giuridica</b>
<input type="checkbox"/> Valutazione delle capacità genitoriali <input type="checkbox"/> Spazio Neutro/Incontri Protetti <input type="checkbox"/> Mediazione familiare <input type="checkbox"/> Coordinazione genitoriale
<input type="checkbox"/> <b>Area Psicodiagnostica</b>
<input type="checkbox"/> Valutazione di personalità <input type="checkbox"/> Percorsi di sostegno alla genitorialità <input type="checkbox"/> Prevenzione e trattamento del disagio in età evolutiva
<input type="checkbox"/> <b>Area Socio-Psico-Pedagogica</b>
<input type="checkbox"/> Consulenza psicologica <input type="checkbox"/> Psicoterapia individuale <input type="checkbox"/> Psicoterapia familiare <input type="checkbox"/> Psicoterapia di coppia <input type="checkbox"/> Sostegno e supporto ai percorsi di affido e adozione <input type="checkbox"/> Incontri formativi a tema per operatori e genitori anche affidatari e adottivi
<input type="checkbox"/> <b>Area Formazione e Supervisione</b>
<input type="checkbox"/> Formazione e supervisione professionale per le professioni socio-psico-educative <input type="checkbox"/> Formazione nelle scuole su temi della tutela minorile <input type="checkbox"/> Consulenza al Servizio

Elenco Allegati :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Data**

**Firma**