



**1.9 Indicare se il bambino/a o ragazzo/a ha al momento dell'avvio dell'affidamento familiare un disagio diagnosticato e/o certificato (risposta multipla):**

	PRESENTE/ DIAGNOSTICATO	CERTIFICATO L.104/92
nessuna problematica specifica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi psicologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gravi disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi schizofrenici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi dello spettro psicotico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sindromi affettive gravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altre patologie psichiatriche dell'età evolutiva e dell'adolescenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequenti malattie fisiche e ospedalizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lesioni fisiche derivanti da maltrattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deficit della crescita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disabilità fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disabilità sensoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
difficoltà cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi specifici dell'apprendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi dell'attenzione e della iperattività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi scolastici legati a svantaggio socio-economico, linguistico e culturale (BES- Dir. MIUR 27/12/12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anoressia e bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza da alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza da sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza dal gioco (ludopatia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minorenni con provvedimenti penali a carico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.10 L'affidamento familiare è omoculturale?**  Sì  No

**1.11 Motivi dell'affidamento familiare del bambino/a o del ragazzo/a:** (indicare un solo motivo principale, tutti i motivi secondari correlati e tutti i motivi emersi nel corso dell'accoglienza)

	Motivo principale	Motivi secondari correlati	Motivi emersi nel corso dell'accoglienza
problemi relazionali nella famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di violenza domestica in famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi abitativi della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi economici della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi lavorativi di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi giudiziari di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi sanitari di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di dipendenza di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
incapacità educativa dei genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
decesso di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi con la famiglia affidataria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi con la famiglia adottiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abuso/sfruttamento sessuale sul minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maltrattamento fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trascuratezza materiale e affettiva del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
violenza assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maltrattamento psicologico del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi sanitari del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi scolastici del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi comportamentali del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comportamenti di grave devianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anoressia e bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di dipendenza del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presunto abbandono del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
misura alternativa alla detenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestante/ragazza madre se minorenni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minore straniero non accompagnato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non riconoscimento alla nascita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.12 Nel caso di madre minorenni, indicare:**

**1.12.1** N° figli minorenni presenti con lei in affidamento familiare |\_|

**1.12.2** Indicare il numero di figli che presentano problemi di:

disabilità fisica |\_|

disabilità psichica |\_|

disabilità multipla |\_|

nato prematuro |\_|

altro specificare \_\_\_\_\_

**1.12.3** Il figlio/i è/sono affidato/i:

alla madre

al padre

a entrambi i genitori

- parente entro il quarto grado
- tutore legale (ad esempio l'avvocato)
- ai servizi sociali territoriali
- altro (specificare \_\_\_\_\_)

**1.13 Tipologia dell'affidamento al momento dell'avvio dell'affidamento familiare e al 31/12/2016:**

- Intra-familiare  
Se sì, specificare:
  - Consensuale all'avvio e al 31/12/2016
  - Giudiziale all'avvio e al 31/12/2016
  - Consensuale all'avvio e giudiziale al 31/12/2016
  - Giudiziale all'avvio e consensuale al 31/12/2016
- Etero-familiare  
Se sì, specificare:
  - Consensuale all'avvio e al 31/12/2016
  - Giudiziale all'avvio e al 31/12/2016
  - Consensuale all'avvio e giudiziale al 31/12/2016
  - Giudiziale all'avvio e consensuale al 31/12/2016

**1.13.1 Se l'affidamento è intrafamiliare, quale è il legame di parentela degli affidatari con il bambino/a o ragazzo/a:**

- nonni
- zii
- cugini
- fratelli/sorelle
- altri parenti entro il quarto grado

**1.14 L'affidamento è stato disposto in base ad una misura di allontanamento in via di emergenza (art. 403 c.c.)? (una sola risposta)**

- Sì, da convalidare                       Sì, già convalidata                       No

**1.15 Nel corso della sua vita il bambino/a o ragazzo/a ha avuto precedenti esperienze di accoglienza? (risposta multipla)**

- Sì, in affidamento familiare               Sì, in un servizio residenziale
- No, nessuna (vai a domanda 1.16)       Non conosciuta (vai a domanda 1.16)

**1.15.1 Se ci sono state precedenti esperienze di accoglienza indicare il motivo principale dell'interruzione/modifica del progetto: (risposta multipla)**

- Fallimento di affidamento familiare
- Fallimento progetto di accoglienza in comunità
- Evoluzione/stabilizzazione dell'accoglienza esterna alla famiglia di origine (da comunità a famiglia affidataria)
- Problematiche comportamentali del minore
- Problematiche sanitarie del minore
- Cambiamento delle possibilità di accoglienza della famiglia affidataria
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**1.16 Il bambino/a o ragazzo/a ha o ha avuto decreti di adottabilità o di adozione:**

- Sì, passato decreto di adozione     Sì, attuale decreto di adottabilità     Sì, entrambi
- No     Informazione non conosciuta

**1.17 Tutela esercitata attualmente da: (una sola risposta)**

- Entrambi i genitori
- Un genitore
- Parente entro il quarto grado
- Tutore legale (ad esempio l'avvocato)
- Responsabile Ente Locale
- Attualmente non prevista
- Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**2. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FAMIGLIA DI ORIGINE ALL'AVVIO DELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE**

**2.1. Il bambino/a ragazzo/a era orfano al momento dell'avvio dell'affidamento familiare? (una sola risposta)**

- Sì, di padre     Sì, di madre     Sì, di entrambi i genitori
- No     Non conosciuto

**2.2 Composizione della famiglia di origine del bambino/a ragazzo/a al momento dell'avvio dell'affidamento familiare e numero di fratelli/sorelle: (risposta multipla)**

- Madre     Nonno/a
- Padre     Compagno/a della madre/padre
- Fratelli/Sorelle |\_|\_|     Altri conviventi

**2.3 Numero figli allontanati dal nucleo familiare al momento dell'avvio dell'affidamento familiare, oltre il bambino/a o ragazzo/a in affidamento:** \_\_\_\_\_ (specificare il numero)

**2.3.1. di cui:**

in affidamento familiare alla stessa famiglia affidataria: \_\_\_\_\_ (specificare il numero)

in affidamento familiare ad altra famiglia affidataria: \_\_\_\_\_ (specificare il numero)

in struttura residenziale: \_\_\_\_\_ (specificare il numero)

(Da 2.4 a 2.10 non compilare nel caso di orfano di padre o di entrambi i genitori)

**2.4 Anno di nascita del padre:** |\_|\_|\_|\_|

**2.5 Comune di residenza del padre:** (specificare) \_\_\_\_\_

**2.6 Cittadinanza del padre:**

Italiana                       Straniera (specificare) \_\_\_\_\_  Non conosciuta

**2.7 Stato di nascita del padre**

(specificare) \_\_\_\_\_

**2.8 Condizione lavorativa del padre:**

Occupato                       In cerca di occupazione                       Ritirato dal lavoro                       Inabile al lavoro  
 Casalingo                       Studente                                               Altra condizione                       Non conosciuta

**2.9 Titolo di studio del padre:**

Nessuno     Scuola elementare     Scuola media inferiore     Scuola professionale  
 Scuola media superiore     Laurea/Diploma di laurea     Non conosciuto

**2.10. Problematiche del padre (risposta multipla)**

- Sospeso dalla responsabilità genitoriale
- Decaduto dalla responsabilità genitoriale
- In stato di detenzione (carcere o domiciliare)
- Problemi di dipendenza (Alcol, droghe)
- Problemi di dipendenza dal gioco (ludopatia)
- Problemi di salute mentale
- Disabilità fisica
- Malattia cronica
- Prostituzione
- Altre problematiche, specificare \_\_\_\_\_
- Informazioni non note

(Da 2.11 a 2.17 non compilare nel caso di orfano di madre o di entrambi i genitori)

**2.11 Anno di nascita della madre:** |\_|\_|\_|\_|\_|

**2.12 Comune di residenza della madre:** (*specificare*) \_\_\_\_\_

**2.13 Cittadinanza della madre:**

Italiana     Straniera (*specificare*) \_\_\_\_\_     Non conosciuta

**2.14 Stato di nascita della madre**

(*specificare*) \_\_\_\_\_

**2.15 Condizione lavorativa della madre:**

Occupata     In cerca di occupazione     Ritirata dal lavoro     Inabile al lavoro  
 Casalinga     Studentessa     Altra condizione     Non conosciuta

**2.16 Titolo di studio della madre:**

Nessuno     Scuola elementare     Scuola media inferiore     Scuola professionale  
 Scuola media superiore     Laurea/Diploma di laurea     Non conosciuto

**2.17. Problematiche della madre (risposta multipla)**

- Sospesa dalla responsabilità genitoriale
- Decaduta dalla responsabilità genitoriale
- In stato di detenzione (carcere o domiciliare)
- Problemi di dipendenza (Alcol, droghe)
- Problemi di dipendenza dal gioco (Iudopatìa)
- Problemi di salute mentale
- Disabilità fisica
- Malattia cronica
- Prostituzione
- Altre problematiche specificare
- Informazioni non note

**2.18 E' stato predisposto un progetto di sostegno e aiuto alla famiglia di origine?**

Sì     Sì, è in corso di definizione     No (*vai alla domanda 2.18.2*)

**2.18.1 Se sì, indicare quale tipo di aiuto è stato predisposto (*risposta multipla*)**

- Supporto economico (casa/lavoro)
- Valutazione delle competenze genitoriali





**3.8 Stato di nascita dell'affidatario**

(specificare)\_\_\_\_\_

**3.9 Condizione dell'affidatario al 31/12/2016 :**  Vivente  Deceduto

**3.10 Titolo di studio dell'affidatario:**

- Nessuno  Scuola elementare  Scuola media inferiore  Scuola professionale  
 Scuola media superiore  Laurea/Diploma di laurea

**3.11 Condizione lavorativa dell'affidatario:**

- Occupato  In cerca di occupazione  Ritirato dal lavoro  Inabile al lavoro  
 Casalingo  Studente  Altra condizione  Non conosciuta

**3.12 Anno di nascita dell'affidataria:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
                                          a   a   a   a

**3.13 Cittadinanza dell'affidataria:**

- Italiana  Straniera (specificare)\_\_\_\_\_

**3.14 Stato di nascita dell'affidataria**

(specificare)\_\_\_\_\_

**3.15 Condizione dell'affidataria al 31/12/2016:**  Vivente  Deceduta

**3.16 Titolo di studio dell'affidataria:**

- Nessuno  Scuola elementare  Scuola media inferiore  Scuola professionale  
 Scuola media superiore  Laurea/Diploma di laurea

**3.17 Condizione lavorativa dell'affidataria:**

- Occupata  In cerca di occupazione  Ritirata dal lavoro  Inabile al lavoro  
 Casalinga  Studentessa  Altra condizione  Non conosciuta

**3.18 Posizione attuale al 31/12/2016 nella professione dei genitori affidatari: (solo se occupati)**

	affidataria	affidatario
<i>Lavoratori dipendenti</i>		
Dirigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadro direttivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insegnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impiegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprendista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoratore a domicilio per conto di imprese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Lavoratori indipendenti*

Imprenditore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libero professionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoratore in proprio (artigiano, commerciante, agricoltore..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socio di cooperativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coadiuvante familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co.co.pro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestazione occasionale/intermittente/a chiamata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.19 All'avvio dell'affidamento la famiglia affidataria era iscritta ad una associazione o rete di famiglie affidatarie?**

- Sì                       No

**3.20 Alla data del 31/12/2016 si è verificata una separazione di fatto/legale della coppia affidataria?**

- Sì                       No

**4. SERVIZIO E PROGETTO DI AFFIDAMENTO**

**4.1 E' stato definito un Progetto Quadro dell'affidamento familiare del bambino (vedi glossario)**

- Sì                       No (*vai alla domanda 4.2*)

**4.1.1 Se sì, cosa comprende:**

- interventi per il bambino
- Sociali
  - Sanitari
  - Educativi
- interventi per la famiglia di origine
- Sociali
  - Sanitari
  - Educativi
- interventi a sostegno della famiglia affidataria
- descrizione dello specifico progetto individuale di affidamento familiare (modalità, tempi di attuazione, prevedibile durata)
- altri interventi, specificare \_\_\_\_\_

**4.1.2 Alla definizione del Progetto Quadro hanno partecipato** (*risposta multipla*)

- i Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- i Servizi sociali del Comune di residenza della famiglia affidataria
- l'Azienda U.S.L. di residenza del minore
- l'Azienda U.S.L. di residenza della famiglia affidataria
- il Giudice tutelare
- il Tribunale per i minorenni
- la famiglia di origine
- la famiglia affidataria
- il/la bambino/a o il ragazzo/a
- il Responsabile o operatori di ente privato
- il Responsabile di ente convenzionato
- altro (*specificare* \_\_\_\_\_)

**4.2 Per il bambino/a o il ragazzo/a è stato definito il Progetto Educativo Individuale di affidamento?**

- Sì
- No (*vai alla domanda 4.3*)

**4.2.1 Alla definizione del Progetto Educativo Individuale di affidamento familiare del bambino/a o il ragazzo/a hanno partecipato:** (*risposta multipla*)

- I Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- I Servizi sociali del Comune di residenza della famiglia affidataria
- L'Azienda U.S.L. di residenza del minore
- L'Azienda U.S.L. di residenza della famiglia affidataria
- Il Giudice tutelare
- Il Tribunale per i minorenni
- La famiglia di origine
- La famiglia affidataria
- il/la bambino/a o il ragazzo/a
- Il Responsabile o operatori di ente privato
- Il Responsabile di ente convenzionato
- Altro (*specificare* \_\_\_\_\_)

**4.2.2 Alla gestione del Progetto Educativo Individuale di affidamento familiare del bambino/a o il ragazzo/a partecipano:** (*risposta multipla*)

- I Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- I Servizi sociali del Comune di residenza della famiglia affidataria
- L'Azienda U.S.L. di residenza del minore

- L'Azienda U.S.L. di residenza della famiglia affidataria
- Il Giudice tutelare
- Il Tribunale per i minorenni
- La famiglia di origine
- La famiglia affidataria
- il/la bambino/a o il ragazzo/a
- Il Responsabile o operatori di ente privato
- Il Responsabile di ente convenzionato
- Altro (*specificare* \_\_\_\_\_)

**4.2.3 Sono stati previsti momenti di verifica del progetto educativo individuale dell'affidamento familiare da parte del servizio?**

- sì, almeno una volta al mese
- sì, ogni sei mesi
- sì, una volta l'anno
- solo alla conclusione dell'affido
- no, mai (*vai alla domanda 4.2.4*)
- altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**4.2.3.1 Se sì, di norma ai momenti di verifica partecipano: (*risposta multipla*)**

- Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- Servizi sociali del Comune di residenza della famiglia affidataria
- Azienda U.S.L. di residenza del minore
- Azienda U.S.L. di residenza della famiglia affidataria
- Giudice tutelare
- Tribunale per i minorenni
- Famiglia affidataria
- Famiglia di origine
- il/la bambino/a o il ragazzo/a
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**4.2.4 L'accompagnamento del Progetto Educativo Individuale di affidamento prevede (indicare le tre modalità di intervento più utilizzate)**

- Colloqui individuali con il bambino
- Colloqui individuali uno o entrambi i genitori
- Colloqui con gli affidatari
- Incontri di gruppo con bambino e genitore/i
- Incontri di gruppo con bambino, genitore/i e affidatari
- Visite domiciliari presso famiglia di origine
- Visite domiciliari presso famiglia affidataria
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**4.3 Sono stati previsti incontri tra la famiglia di origine e la famiglia affidataria:**

- Sì, regolarmente       Sì, occasionalmente       No, mai

**4.4 Il bambino riceve telefonate da: (una sola risposta per riga)**

	almeno 1 volta la settimana	più volte nel mese	alcune volte l'anno	mai
il padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
parenti entro il quarto grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altri adulti di riferimento ( <i>specificare</i> )_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.5 Il bambino riceve visite da: (una sola risposta per riga)**

	almeno 1 volta la settimana	più volte nel mese	alcune volte l'anno	mai
il padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
parenti entro il quarto grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altri adulti di riferimento ( <i>specificare</i> )_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.6 Il bambino/a o il ragazzo/a rientra in famiglia?**

- sì, una o più volte a settimana  
 sì, con altra modalità concordata \_\_\_\_\_ (*specificare*)  
 raramente  
 no, mai perché \_\_\_\_\_ (*specificare*)

**4.7 Per il bambino/a o il ragazzo/a sono stati realizzati incontri protetti?**

- Sì       No (*vai alla domanda 4.8*)

**4.7.1 Se sì, gli incontri sono stati realizzati con:**

- Entrambi i genitori       Solo la madre       Solo il padre  
 Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**4.8 Alla famiglia affidataria viene erogato un contributo economico?**

- Sì, (*specificare l'importo medio mensile: € \_\_\_\_\_,00*)       No

**4.9 Al bambino/famiglia affidataria sono stati riconosciuti:**

## Rimborso delle spese

- spese sanitarie
- visite specialistiche e/o urgenti
- ortodonzia e/o cure dentali
- occhiali da vista
- ausili o protesi non fornite né rimborsate dal S.S.
- soggiorni, cure climatiche e/o termali
- libri di testo e materiale scolastico
- recupero scolastico
- rimborso chilometrico (in caso di accompagnamenti frequenti e/o residenza in altro Comune)
- attività sportive e/o associativa
- trasporto scolastico
- corredo d'ingresso
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

## Contributi indiretti

- assicurazione per gli accolti
- esenzione ticket sanitari
- frequenza gratuita asili nido pubblici
- esenzione pagamento mensa scolastica
- riduzione retta asili nido o mensa scolastica
- tessere gratuite trasporto urbano
- esenzione quota trasporto scolastico
- interventi educativi domiciliari
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

## Agevolazioni:

- priorità iscrizione asili nido e scuole materne comunali/statali
- cure ortodontiche e/o dentali gratuite grazie a protocolli con associazioni
- attività sportive gratuite grazie a protocolli
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

## Interventi di assistenza:

- sostegno terapeutico individuale pubblico
- sostegno terapeutico individuale privato
- affiancamento di volontari
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

### PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” – art. 2 (finalità), art. 4 (definizioni), artt. 7-10 (diritti dell’interessato), art. 13 (informativa), artt. 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- “Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici” (all. A. 4 del Codice in materia di protezione dei dati personali – Provvedimento del Garante n. 2 del 16 giugno 2004, Gazzetta Ufficiale 14 agosto 2004, n. 190).