

## PROPOSTA INSERIMENTO IN COMUNITÀ

### DATI MINORE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Portatori di handicap: no  fisico  psichico   
Ritardo: lieve  medio  grave   
Decreto Tribunale dei Minori si  no  data \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

### SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Minore in carico al Servizio Sociale/Tutela Minori si  no   
Assistente Sociale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### U. O. DI NPIA INVIANTE

UONPIA \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_  
NPI di riferimento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### RELAZIONE CLINICA / ANAMNESI

---

---

---

---

---

---

**DIAGNOSI**

---

---

Cod. ICD10 OMS \_\_\_\_\_

**TERAPIA FARMACOLOGICA**

---

---

---