

**Segretariato sociale**

n° \_\_\_\_/\_\_\_\_

Operatore: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

- |                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
| <b>Modalità di contatto:</b> | <input type="checkbox"/> colloquio in ufficio | <input type="checkbox"/> segnalazione scritta |
|                              | <input type="checkbox"/> colloquio telefonico |   |
|                              | <input type="checkbox"/> visita domiciliare   |   |

**Dati anagrafici utente**

Nome Cognome \_\_\_\_\_

Data e luogo nascita \_\_\_\_\_

Recapiti \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Seignalante (nome e tipo di relazione) \_\_\_\_\_

Recapiti: \_\_\_\_\_

Precedenti contatti con il Servizio sociale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Contatti con altri servizi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Situazione esposta / bisogno espresso / richiesta al servizio  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Accordi presi**

<input type="checkbox"/> Caso chiuso dopo questo contatto	
<input type="checkbox"/> Necessità di un successivo aggiornamento	
<input type="checkbox"/> Invio ad altro servizio	
<input type="checkbox"/> Presa in carico > fissato primo colloquio	
<input type="checkbox"/> altro	

**Prima valutazione operatore**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---