



ASSOCIAZIONE **L**ECCHESI **F**AMIGLIE **A**FFIDATARIE O.D.V.

P.zza Dell'Oro, 9a – 23900 Lecco – Tel. 3482288250 – 3715267186 C.F. 92039240137

info@alfaonlus.it

www.alfaonlus.it

PATTO DI SOSTEGNO CONTINUATIVO A TERMINE (PATTO 24H)

Premessa

Il presente documento disciplina un percorso di accoglienza temporanea continuativa ¹ rivolto a minori di famiglie che attraversano un periodo di temporanea fragilità, difficoltà o di bisogno.

L'intervento nasce con finalità solidaristiche, educative e di sostegno familiare, promuovendo una rete di vicinanza tra famiglie e territorio, secondo lo spirito dell'Associazione A.L.F.A. di Lecco (Associazione Lecchese Famiglie Affidatarie O.d.V.).

L'accoglienza qui presentata:

- non sostituisce la responsabilità genitoriale della famiglia d'origine;
- non è assimilabile all'affido familiare disposto dall'Autorità Giudiziaria;
- ha carattere temporaneo e condiviso;
- si fonda sulla collaborazione reciproca tra le parti coinvolte.

¹ Per "continuativa" s'intende una permanenza di 24h presso la famiglia di supporto.

1. Parti coinvolte

Famiglia d'origine:

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Telefono _____



Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Telefono _____

Minore/i accolto:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____



Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Famiglia di supporto:

Sig./Sig.ra _____

Residente in _____

Telefono _____



Sig./Sig.ra _____

Residente in _____

Telefono _____

Servizi Sociali

Servizio Territorio e Famiglia / Servizio Tutela minori

Referente del progetto _____

Telefono _____

Mail _____

Associazione

A.L.F.A. – Associazione Lecchese Famiglie Affidatarie

Referente del progetto _____

Telefono _____

Mail _____

2. Finalità e Tempi

- In seguito alla richiesta di aiuto e di sostegno formulata al servizio _____ del comune di _____ da parte della signor/a _____
- individuata nella famiglia _____ una risorsa idonea a questo tipo di accoglienza,
- il presente progetto intende offrire un periodo di sostegno familiare continuativo ai minori _____ garantendo loro uno spazio adeguato ed idoneo alle loro necessità, mantenendo i rapporti con la famiglia
- Si concorda tra le parti che il sostegno familiare continuativo dei minori abbia inizio
 - in data _____
 - e termini in data _____

3. Impegni delle parti

Famiglia di sostegno:

si impegna:

- garantire cura quotidiana e vigilanza;
- assicurare un ambiente idoneo e rispettoso;
- favorire il benessere relazionale ed educativo del minore;
- mantenere rapporti collaborativi con la famiglia d'origine;
- informare tempestivamente la famiglia d'origine e l'associazione in caso di situazioni rilevanti.

Famiglia di origine:

si impegna:

- mantenere un dialogo collaborativo;
- fornire tutte le informazioni utili riguardanti il minore;
- rispettare gli accordi condivisi;
- mantenere, per quanto possibile, il proprio ruolo educativo e affettivo.

L'Associazione ALFA:

si impegna:

- Ad attivare l'assicurazione prevista per i soci iscritti che hanno in corso un sostegno familiare
- A mantenere e sostenere l'esperienza di sostegno familiare in atto

I Servizi Sociali:

si impegnano:

- favorire il raccordo tra le parti;
- monitorare l'andamento del supporto con verifiche periodiche;
- supportare la gestione di eventuali criticità;

- a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione alla richiesta, compresa la sua sospensione nel caso vengano nel frattempo individuate soluzioni alternative
 - accompagnare il rientro del minore nel proprio contesto familiare.
 - altro _____
-

4. Rapporti con la famiglia di origine

Durante il periodo di accoglienza sono previsti:

- ☐ incontri periodici ☐ telefonate/videochiamate ☐ uscite condivise
- ☐ rientri temporanei presso la famiglia d'origine

Con le seguenti modalità (specificare anche se con uno solo o con entrambi i genitori):

5. Aspetti Sanitari, Scuola, attività Educative e Spostamenti

La famiglia d'origine dichiara:

- ☐ eventuali allergie ☐ terapie in corso ☐ necessità sanitarie particolari
☐ altre informazioni rilevanti:

La famiglia di sostegno è autorizzata a:

- ☐ accompagnare il minore a visite mediche ☐ interfacciarsi con il pediatra/medico curante
☐ somministrare farmaci prescritti ☐ accompagnare il minore al pronto soccorso in caso di necessità

In caso di emergenza sanitaria, la famiglia accogliente si impegna a informare tempestivamente la famiglia d'origine, il referente associativo e i servizi sociali.

Nota Bene: la spunta anche di una sola opzione prevede l'obbligo di compilazione della "Delega Sanitaria", parte del presente documento.



- ☐ accompagnare/ritirare il minore da scuola ☐ partecipare ai colloqui scolastici
☐ firmare comunicazioni ordinarie ☐ accompagnare il minore ad attività sportive/educative

Nota Bene: la spunta anche di una sola opzione prevede l'obbligo di compilazione della "Delega Scolastica", parte del presente documento.



- ☐ al trasporto del minore in automobile ☐ alla partecipazione ad attività ricreative
☐ a brevi uscite sul territorio

Nota Bene: la spunta anche di una sola opzione prevede l'obbligo di compilazione della "Autorizzazione agli Spostamenti", parte del presente documento.



Eventuali limitazioni:

6. Firma delle parti

La firma del presente documento attesta la comprensione e la condivisione degli accordi sopra riportati.

Luogo e data, _____

Famiglia di origine

Firma genitore _____

Firma genitore _____

Famiglia di supporto

La famiglia di supporto _____

La famiglia di supporto _____

Servizi Sociali

L'assistente Sociale _____

L'assistente Sociale _____

L'Associazione A.L.F.A.

Il referente _____

Il referente _____

DELEGA SANITARIA

Io sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/tutore del minore

Io sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/tutore del minore

AUTORIZZO

la famiglia _____

a:

- accompagnare il minore a visite mediche;
- interfacciarsi con il pediatra/medico curante;
- autorizzare cure ordinarie urgenti;
- accompagnare il minore presso il pronto soccorso in caso di necessità.

Resta inteso che, appena possibile, la famiglia d'origine e i servizi sociali verranno tempestivamente informati.

Data _____

Firma genitore _____

Firma genitore _____

DELEGA SCOLASTICA

Io sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/tutore del minore

Io sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/tutore del minore

AUTORIZZO

la famiglia _____

a:

- accompagnare e ritirare il minore presso la scuola
- a partecipare ai colloqui scolastici
- a firmare comunicazioni ordinarie.

Data _____

Firma genitore _____

Firma genitore _____

AUTORIZZAZIONE agli SPOSTAMENTI

Io sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/tutore del minore

Io sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/tutore del minore

AUTORIZZO

la famiglia di supporto:

a:

- trasporto del minore con mezzo privato per esigenze quotidiane, scolastiche, sanitarie, educative e ricreative connesse al progetto di sostegno.

Data _____

Firma genitore _____

Firma genitore _____

Allegati

Del minore

Carta d'identità (se presente, in originale)

Tessera sanitaria (in originale)

Permesso di soggiorno (se presente, in fotocopia)

Codice fiscale

Copia libretto vaccinazioni (se utile)

Contatti pediatra/medico curante

Eventuali prescrizioni mediche

Eventuali allergie/intolleranze

Della famiglia d'origine

Documento di identità dei genitori/tutori (in fotocopia)

Recapiti telefonici ed e-mail reperibili

Contatti di emergenza

Della famiglia di supporto

Documento di identità (in fotocopia)

Recapiti telefonici

Dei Servizi Sociali

Recapiti telefonici reperibili