
 <p>AREA BENESSERE DI COMUNITÀ</p>	<p>ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" – VIA MARIO FANTIN, N.15</p>	 <p>ASP CITTÀ DI BOLOGNA <i>Azienda pubblica di servizi alla persona</i></p>
<p>ISTITUZIONE INCLUSIONE SOCIAL E COMUNITARIA DON PAOLO SERRA ZANETTI</p>	<p>PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA</p>	

PATTO DI ADESIONE PERSONALIZZATO

TRA

Servizio Sociale Territoriale Quartiere _____

Responsabile del Caso

Telefono _____ e-mail

E

ASP _____ Città _____ di _____ Bologna, _____ rappresentata _____ da _____

in qualità di _____

E



Sig./Sig.ra _____

In qualità di beneficiario dell'atto di ammissione al servizio per la permanenza in alloggio di emergenza –transizione abitativa, sito in Bologna presso il fabbricato ex Residence "Galaxy", Via Mario Fantin n. 15



Alloggio n.: _____ In _____ coabitazione _____ con _____

- Ammobiliato
- Non ammobiliato
- Dotato di area di pertinenza
- Non dotato di area di pertinenza

La durata della permanenza nell'alloggio in questione, è pari a quella definita nell'atto di ammissione al servizio, rilasciato dal Comune di Bologna – Istituzione per

 <p>AREA BENESSERE DI COMUNITÀ</p> <p>ISTITUZIONE INCLUSIONE SOCIALE E COMUNITARIA DON PAOLO SERRA ZANETTI</p>	<p>ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" - VIA MARIO FANTIN, N.15</p> <p>PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA</p>	 <p>ASP CITTÀ DI BOLOGNA <i>Azienda pubblica di servizi alla persona</i></p>
--	---	--

l'inclusione sociale e comunitaria "Don Paolo Serra Zanetti": dal _____ al

 <p>AREA BENESSERE DI COMUNITÀ</p> <p>ISTITUZIONE X INCLUSIONE SOCIALE E COMUNITARIA DON PAOLO SERRA ZANETTI</p>	<p>ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" – VIA MARIO FANTIN, N.15 PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA</p>	 <p>ASP CITTÀ DI BOLOGNA Azienda pubblica di servizi alla persona</p>
---	---	--

A seguito della richiesta d’inserimento al servizio di alloggi di emergenza-transizione abitativa denominato "ex Residence "Galaxy"

presentata il _____
dal Servizio Sociale Territoriale del Quartiere _____
nella persona del Responsabile del Caso _____

e dell'accoglimento della stessa da parte del Comune di Bologna [Équipe Casa]
viene redatto il presente PATTO DI ADESIONE PERSONALIZZATO al servizio

TRA

Servizio Sociale Territoriale _____

Responsabile del Caso _____

E

ASP Città di Bologna rappresentata da _____

E

il Sig./Sig.ra _____

DATI PERSONALI DEL CONCESSIONARIO/UTENTE

Nome _____

Cognome _____

Sesso M F

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____



ATTUALE RESIDENZA E RECAPITI

Via -Piazza _____ Numero _____

Comune _____

N. telefono _____

e-mail _____

 <p>AREA BENESSERE DI COMUNITÀ</p> <p>ISTITUZIONE CONFESSIONE SOCIETÀ SECOLARE DON PAOLO SERRA ZANETTI</p>	<p>ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" - VIA MARIO FANTIN, N.15</p> <p>PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA</p>	 <p>ASP CITTÀ DI BOLOGNA Azienda pubblica di servizi alla persona</p>
--	---	---

SITUAZIONE ABITATIVA - TITOLO DI GODIMENTO

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa di proprietà | <input type="checkbox"/> In affitto |
| <input type="checkbox"/> In usufrutto | <input type="checkbox"/> Privato |
| <input type="checkbox"/> A titolo gratuito | <input type="checkbox"/> Pubblico |
| <input type="checkbox"/> Non proprio, non in affitto | Canone di locazione mensile € |

[presso _____]

E' in atto sfratto esecutivo Si No No
Ha presentato domanda ERP Si

Punteggio _____

Posizione in graduatoria _____

STATO CIVILE Coniugato/a
 Separato/a
 Divorziato/a
 Vedovo/a
 Celibe/Nubile

ISTRUZIONE Nessun Titolo
 Licenza Elementare
 Scuola secondaria di I Grado
 Scuola Professionale
 Scuola secondaria II Grado
 Laurea

PENSIONE Nessuna
 Minima/Sociale
 Altro _____

INVALIDITÀ Si
CIVILE No

INDENNITÀ Si

INDENNITÀ Si

ACCOMPAGNAM.TO No

No

In attesa

In attesa

DATI DELLE PERSONE INSERITE NELL'ALLOGGIO A TITOLO DI ATTO DI AMMISSIONE AL SERVIZIO [OLTRE IL BENEFICIARIO/UTENTE]

1	<p>Nome</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Cognome</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--



AREA BENESSERE DI COMUNITÀ

ISTITUZIONE **X** **INCLUSIONE**
SOCIALE E COMUNITARIA
DON PAOLO SERRA ZANETTI

**ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" -
VIA MARIO FANTIN, N.15
PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO
PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA**



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

Nato a _____ il _____	
CF _____	
Stato civile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	Scolarità <input type="checkbox"/> Nessun Titolo <input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Scuola secondaria di I Grado <input type="checkbox"/> Scuola Professionale <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II Grado <input type="checkbox"/> Laurea
Occupazione <input type="checkbox"/> Precaria <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Lavoro Protetto <input type="checkbox"/> Lavori socialmente Utili <input type="checkbox"/> Pensionato/a <input type="checkbox"/> Occupato/a part-time <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Avviato a tempo determinato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Altro (indicare)	Relazione <input type="checkbox"/> Coniuge Parentale <input type="checkbox"/> Convivente rispetto al <input type="checkbox"/> Figlio/a concessionario <input type="checkbox"/> Fratello/sorella utente <input type="checkbox"/> Altro (indicare)

DATI DELLE PERSONE INSERITE NELL'ALLOGGIO A TITOLO DI ATTO DI AMMISSIONE AL SERVIZIO [OLTRE IL BENEFICIARIO/UTENTE]

2	Nome	_____
	Cognome	_____
	Nato a _____ il _____	_____
	CF _____	
	Stato civile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	Scolarità <input type="checkbox"/> Nessun Titolo <input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Scuola secondaria di I Grado <input type="checkbox"/> Scuola Professionale <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II Grado <input type="checkbox"/> Laurea



AREA BENESSERE DI COMUNITÀ

ISTITUZIONE **X** INCLUSIONE
SOCIALE E COMUNITARIA
DON PAOLO SERRA ZANETTI

**ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" -
VIA MARIO FANTIN, N.15
PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO
PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA**



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

<p>Occupazione <input type="checkbox"/> Precaria <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Lavoro Protetto <input type="checkbox"/> Lavori socialmente Utili <input type="checkbox"/> Pensionato/a <input type="checkbox"/> Occupato/a part-time <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Avviato a tempo determinato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Altro (indicare)</p> <hr/>	<p>Relazione <input type="checkbox"/> Coniuge Parentale <input type="checkbox"/> Convivente rispetto al <input type="checkbox"/> Figlio/a concessionario <input type="checkbox"/> Fratello/sorella utente <input type="checkbox"/> Altro (indicare)</p> <hr/>
<p>3 Nome</p> <hr/>	
<p>Cognome</p> <hr/>	
<p>Nato a _____ il _____ CF _____</p>	
<p>Stato civile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile</p>	<p>Scolarità <input type="checkbox"/> Nessun Titolo <input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Scuola secondaria di I Grado <input type="checkbox"/> Scuola Professionale <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II Grado <input type="checkbox"/> Laurea</p>
<p>Occupazione <input type="checkbox"/> Precaria <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Lavoro Protetto <input type="checkbox"/> Lavori socialmente Utili <input type="checkbox"/> Pensionato/a <input type="checkbox"/> Occupato/a part-time <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Avviato a tempo determinato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Altro (indicare)</p>	<p>Relazione <input type="checkbox"/> Coniuge Parentale <input type="checkbox"/> Convivente rispetto al <input type="checkbox"/> Figlio/a concessionario <input type="checkbox"/> Fratello/sorella utente <input type="checkbox"/> Altro (indicare)</p> <hr/>



AREA BENESSERE DI COMUNITÀ

ISTITUZIONE **INCLUSIONE**
SOCIALE E COMUNITARIA
DON PAOLO SERRA ZANETTI

**ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" –
VIA MARIO FANTIN, N.15
PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO
PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA**





ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

--	--	--

DATI DELLE PERSONE INSERITE NELL'ALLOGGIO A TITOLO DI ATTO DI AMMISSIONE AL SERVIZIO [OLTRE IL BENEFICIARIO/UTENTE]

4	Nome		_____	
	Cognome		_____	
	Nato a _____ il _____		CF _____	
	Stato civile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile		Scolarità <input type="checkbox"/> Nessun Titolo <input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Scuola secondaria di I Grado <input type="checkbox"/> Scuola Professionale <input type="checkbox"/> Scuola secondaria II Grado <input type="checkbox"/> Laurea	
	Occupazione <input type="checkbox"/> Precaria <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Lavoro Protetto <input type="checkbox"/> Lavori socialmente Utili <input type="checkbox"/> Pensionato/a <input type="checkbox"/> Occupato/a part-time <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Avviato a tempo determinato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Altro (indicare)		Relazione <input type="checkbox"/> Coniuge Parentale <input type="checkbox"/> Convivente rispetto al <input type="checkbox"/> Figlio/a concessionario <input type="checkbox"/> Fratello/sorella utente <input type="checkbox"/> Altro (indicare)	
5	Nome		_____	
	Cognome		_____	

 <p>AREA BENESSERE DI COMUNITÀ</p> <p>ISTITUZIONE X INCLUSIONE SOCIALE E COMUNITARIA DON PAOLO SERRA ZANETTI</p>	<p>ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" – VIA MARIO FANTIN, N.15 PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA</p>	 <p>ASP CITTÀ DI BOLOGNA <i>Azienda pubblica di servizi alla persona</i></p>
---	--	--

<p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>Nato a _____ il _____</p> <p>CF _____</p>			
<p>Stato civile</p> <p><input type="checkbox"/> Coniugato/a</p> <p><input type="checkbox"/> Separato/a</p> <p><input type="checkbox"/> Divorziato/a</p> <p><input type="checkbox"/> Vedovo/a</p> <p><input type="checkbox"/> Celibe/Nubile</p>		<p>Scolarità</p> <p><input type="checkbox"/> Nessun Titolo</p> <p><input type="checkbox"/> Licenza Elementare</p> <p><input type="checkbox"/> Scuola secondaria di I Grado</p> <p><input type="checkbox"/> Scuola Professionale</p> <p><input type="checkbox"/> Scuola secondaria II Grado</p> <p><input type="checkbox"/> Laurea</p>	
<p>Occupazione</p> <p><input type="checkbox"/> Precaria</p> <p><input type="checkbox"/> Stabile</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoro Protetto</p> <p><input type="checkbox"/> Lavori socialmente Utili</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionato/a</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato/a part-time</p> <p><input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione</p> <p><input type="checkbox"/> Avviato a tempo determinato</p> <p><input type="checkbox"/> Disoccupato</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (indicare)</p>		<p>Relazione</p> <p>parentale <input type="checkbox"/> Coniuge</p> <p>rispetto al <input type="checkbox"/> Convivente</p> <p>concessionario <input type="checkbox"/> Figlio/a</p> <p>utente <input type="checkbox"/> Fratello/sorella</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (indicare)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

DATI PERSONALI IN RIFERIMENTO ALLA DISABILITÀ [SE PRESENTE] DEL CONCESSIONARIO/UTENTE CHE ADERISCE AL PATTO O DI UN SUO FAMILIARE/CONVIVENTE

Condizione di disabilità

Certificazione

della

disabilità

Descrizione di particolari bisogni correlati alla condizione di disabilità: [es. in riferimento a disabilità cognitive-relazionali, neurologiche, motorie, sensoriali]



AREA BENESSERE DI COMUNITÀ



ISTITUZIONE ~~PERMISSIONE~~ **TRANSIZIONE**
~~SOCIALI E COMUNITARIA~~
DON PAOLO SERRA ZANETTI

**ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" –
VIA MARIO FANTIN, N.15
PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO
PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA**



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

DEFINIZIONE DEL PROGETTO DI TRANSIZIONE ABITATIVA

 <p>AREA BENESSERE DI COMUNITÀ</p> <p>ISTITUZIONE PER L'INCLUSIONE SOCIALE E COMUNITARIA DON PAOLO SERRA ZANETTI</p>	<p>ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" – VIA MARIO FANTIN, N.15 PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA</p>	 <p>ASP CITTÀ DI BOLOGNA Azienda pubblica di servizi alla persona</p>
--	---	---

Con il presente Patto di Adesione personalizzato si definiscono e si assumono i rispettivi obiettivi, impegni ed oneri tra

il SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE di riferimento

l'ASP CITTÀ DI BOLOGNA

ed il SIG./SIG.RA _____

Con la sottoscrizione del presente Patto di Adesione

l'ASP CITTÀ DI BOLOGNA, Ente gestore del servizio di transizione abitativa denominato ex Residence "Galaxy" ,

ISTITUZIONE PER L'INCLUSIONE SOCIALE E COMUNITARIA

il SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE di riferimento

Si impegnano nei confronti del Sig./Sig.ra _____

- a garantirgli la piena partecipazione alla vita della comunità, supporto e sostegno attraverso la presenza settimanale programmata dei propri operatori
le comunicazioni nei confronti dell'ASP potranno essere effettuate direttamente al recapito telefonico _____ dal _____ al _____

dalle _____ alle _____

o di posta elettronica _____

le comunicazioni nei confronti del Responsabile del Caso del Servizio Sociale Territoriale potranno essere effettuate direttamente al recapito telefonico _____ dal _____ al _____

dalle _____ alle _____

o di posta elettronica _____

- a favorire, sia in relazione alla vita personale, sia a quella di comunità, come pure sociale, lo sviluppo delle azioni volte a perseguire il proprio percorso di autonomia

Con la sottoscrizione del presente Patto di Adesione

Il SIG./SIG.RA _____

s'impegna nei confronti dell'ASP Città di Bologna, Ente gestore del servizio di transizione abitativa denominato "ex Residence "Galaxy" " e del Servizio Sociale Territoriale di riferimento a

- assumere come propri gli obiettivi condivisi, stabiliti nel presente Patto di Adesione, e a porre in essere le relative azioni concordate, nei tempi indicati, al fine di perseguire il proprio percorso di autonomia, entro i termini di permanenza nell'alloggio di cui all'atto di ammissione al servizio e rilasciato dal Comune di Bologna – Istituzione per l'inclusione sociale e comunitaria "Don Paolo Serra Zanetti"

BOLOGNA, _____



AREA BENESSERE DI COMUNITÀ

ISTITUZIONE **X** INCLUSIONE
SOCIALE E COMUNITARIA
DON PAOLO SERRA ZANETTI

**ALLOGGI "EX RESIDENCE GALAXY" –
VIA MARIO FANTIN, N.15
PATTO D'ADESIONE PERSONALIZZATO
PER LA TRANSIZIONE ABITATIVA**



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

RESPONSABILE DEL CASO

FIRMA

ASP CITTÀ DI BOLOGNA
RAPPRESENTATA DA

FIRMA

IL BENEFICIARIO

FIRMA

ISTITUZIONE PER L'INCLUSIONE SOCIALE E

COMUNITARIA _____

FIRMA
