
***Scheda di accompagnamento ai Servizi per il trattamento
del gioco d'azzardo patologico***

Data.....

INVIANTE

Professionista-Servizio:

.....

Indirizzo:.....

Operatore di Riferimento:.....

Email o/e Telefono:.....

INFORMAZIONI UTENTE

Nome e Cognome:.....

Telefono:.....

Famigliare/persona significativa di riferimento:.....

Tessera sanitaria valida? ☐ SI ☐ NO

1) Campanelli d'allarme rilevati:

☐ Alterazione funzionamento sociale-relazionale

☐ Conflittualità intra-famigliare

☐ Alterazioni comportamentali

☐ Situazione lavorativa critica

☐ Altro.....

2) Situazione attuale:

-Situazione abitativa ☐ Problematica ☐ Non problematica

-Situazione lavorativa ☐ Stabile ☐ Instabile

-Presenza di figli minori? ☐ Si ☐ No

-Problematiche legali in corso? ☐ Si ☐ No

Problematiche economiche/indebitamento? ☐ Si ☐ No

Misure di protezione giuridica in corso (AdS)? ☐ Si ☐ No

3) Altri servizi coinvolti:

☐ CPS

☐ Uepe

☐ Tribunale

☐ Associazioni auto-aiuto

☐ Tutela minori

☐ Altro.....

Solo se punto 3 compilato indicare:

Indirizzo del servizio.....

Operatore di riferimento.....

PROGETTO SOCIALE IN ATTO se noto

☐ Inserimento lavorativo protetto

☐ Sostegno alla genitorialità

☐ Supporto economico

☐ Assistenza domiciliare

☐ Altro

NOTE

EVENTUALE PROPOSTA DI INTERVENTO ALLO SMI-SERT-NOA

L'interessato richiede colloquio di valutazione presso il vostro servizio.

Autorizzo il presente Servizio alla trasmissione dei dati ai soli fini del trattamento terapeutico.

Sig. / Sig.ra.....

L'operatore.....