



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Progetto individualizzato compenso motivazionale

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono casa		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

medico di base

Cognome	Nome

medico psichiatra

Cognome	Nome

diagnosi

--

in carico al servizio dell'anno

Anno presa in carico

terapia farmacologica assunta

--

eventuali altre patologie in corso

obiettivi del progetto

autonomie personali e potenzialità del soggetto

interventi in atto

aree di miglioramento dell'autonomia personale

fonti di reddito del soggetto
(al fine di verificare l'utilità dell'erogazione del sostegno economico)

Voci economiche	Esistente (importo noto)	Non esistente
invalidità civile	€	€
reddito da lavoro	€	€
reddito da pensione	€	€
contributo da enti pubblici	€	€
altre voci di reddito	€	€

in base alle voci di reddito note si ritiene che l'intervento nel suo complesso

☐	sia economicamente utile al raggiungimento degli obiettivi
☐	non sia economicamente utile al raggiungimento degli obiettivi

l'assistente sociale

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Luogo	Data	Il dichiarante