



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Progetto individualizzato voucher residenzialità leggera

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

--	--

terapia farmacologica assunta

--	--

eventuali altre patologie in corso

obiettivi del progetto

autonomie personali e potenzialità del soggetto

interventi in atto

esito del precedente progetto individuale di voucher di residenzialità leggera

ambiti in cui prevedibilmente vi è necessità di supporto**tipologia di voucher proposta****valutazione dell'intervento in itinere****ente accreditato**

Denominazione ente accreditato

personale coinvolto

Cognome	Nome	Qualifica	Monte ore settimanale	Note

l'assistente sociale

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Luogo	Data	Il dichiarante