



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