



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

Anno presa in carico	

terapia farmacologica assunta

--	--

eventuali altre patologie in corso

INTERVENTI IN ATTO O PRECEDENTI VALUTAZIONE DELLE ABILITA'

interventi in atto

precedenti interventi di tipo riabilitativo ed esito degli stessi

precedenti esperienze di autonomia abitativa (in quali circostanze e con quali esiti)

esigenze manifestate dalla persona interessata in merito al progetto di residenzialità leggera

autonomie personali e potenzialità per il progetto di residenzialità leggera

ambiti in cui prevedibilmente vi è necessità di supporto

OBIETTIVI DEL PROGETTO

relativi alla persona interessata

relativi alla famiglia e alla comunità locale**indicatori di miglioramento dell'autonomia personale****tempi e fasi***(durata del progetto e monte ore settimanale)***sito in**

Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)		Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Piano	

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

Luogo	Data	Il dichiarante

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