Allegato C) – Decreto n. 154 del 29.07.15

SdS Fiorentina Nord-Ovest
Società della Salute della Toscana

Scheda segnalazione progetto SOStengo!

Indirizzo mail: progettosostengo@gmail.com

tel./fax:055 2776326

Alla c.a. di: Elena Baragli, Hafida Bouchida, Laura Gaccione

Mittente: nome e cognome: .....

Comune: .....

indirizzo e-mail: .....

tel./fax: .....

DATI ANAGRAFICI UTENTE

Nome	cognome
Luogo di nascita	data
Nazionalità	cittadinanza
Residenza /domicilio	
Telefono	
Tipologia Permesso di soggiorno	scadenza
Carta di soggiorno ☐ SI ☐ NO ☐ IN ATTESA	

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Nome e cognome	Data di nascita	Grado parentela	Professione	Disabile

BREVE QUADRO DELLA SITUAZIONE

LIVELLO DI MOTIVAZIONE VERSO UN PERCORSO DI AUTONOMIA

☐ Sufficiente	☐ Buono	☐ Alto

LIVELLO DI COLLABORAZIONE CON IL SERVIZIO SOCIALE

☐ Sufficiente	☐ Buono	☐ Alto

ALTRI OPERATORI COINVOLTI

BREVE DESCRIZIONE OBIETTIVI DEL PROGETTO

DATA COMPILAZIONE:

FIRMA

_____