

PUNTO SANITA' DI .....

DATA.....

AL REFERENTE PUNTO SANITA'

AL RESPONSABILE  
 UFFICIO PIANO DI ZONA

Oggetto: **richiesta attivazione servizio socio-educativo territoriale**

ASSISTENTE SOCIALE del COMUNE / AULSS 21 che richiede l'attivazione

.....tel.....

Comune o U.O. da cui proviene la richiesta .....

Nome e Cognome minore ..... nato/a il .....

Comune di residenza.....via.....

Breve descrizione della situazione e obiettivo del progetto individualizzato:

.....  
 .....  
 .....

Altri operatori coinvolti nella valutazione e/o presa in carico della situazione: .....

.....

ORE SETTIMANALI EDUCATORE	PIAF	COMUNE	AULSS
intervento socio-educativo in famiglia			
intervento socio-educativo in attività del territorio			
intervento socio-educativo in centri pomeridiani			
sostegno all'adolescente e alla famiglia (esterno alla convenzione Don Calabria)			

Data inizio intervento ..... durata progetto (n° settimane) .....

Tot. generale ore PIAF presunte .....( ore interv. psicol...../ ore interv. socio-educ .....

Costo totale PIAF € .....( intervento psicologico € ...../ Intervento socio-educativo €.....)

Firma Assistente Sociale .....

Il Referente Punto Sanità AUTORIZZA/NON AUTORIZZA .....

.....

VISTO Responsabile Ufficio Piano di Zona .....

Legnago .....

.....