

Progetto sociale/educativo individualizzato

(DA PREDISPORRE A CURA DEGLI OPERATORI COMUNE O AMBITO, OPERATORI ASL, INSEGNANTI DI SOSTEGNO, ETC.)

ANAMNESI

DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA _____ TEL _____

DIAGNOSI : _____

STORIA CLINICA E SOCIALE: _____

OBIETTIVI E MOTIVAZIONI

LE FINALITÀ SOCIALI ED EDUCATIVE DEL PROGETTO _____

LA FORNITURA DI (SPECIFICARE IL TIPO DI AUSILIO PROPOSTO) _____

SI INSERISCE NELL'AMBITO DI UN PROGETTO VOLTO A:

- FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE FRA IL SOGGETTO ED I FAMILIARI, CON ALTRI SOGGETTI, ECC....
- MIGLIORAMENTO DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE

- MIGLIORAMENTO DELL'APPRENDIMENTO E DELL' INTEGRAZIONE SCOLASTICA
- MIGLIORAMENTO DELL'INTEGRAZIONE LAVORATIVA
- DOTAZIONE DI STRUMENTI PER L'AUTONOMIA NELL'AMBIENTE DOMESTICO
- TRASPORTO/SPOSTAMENTI IN AUTONOMIA
- ALTRO (SPECIFICARE) _____

DURATA

(PERIODO ENTRO IL QUALE SI PENSA DI REALIZZARE GLI OBIETTIVI SPECIFICATI)

IL PROGETTO INIZIERÀ PRESUMIBILMENTE IL _____

E SI CONCLUDERÀ ENTRO _____

VERIFICA

MODALITÀ DI VERIFICA DEI RISULTATI ATTESI, SIA NEI CONFRONTI DELLA PERSONA DISABILE CHE DELLA FAMIGLIA _____

(COGNOME E NOME DELL'OPERATORE DI RIFERIMENTO) _____

CON LA QUALIFICA DI _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

TELEFONO E FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

INDIRIZZO – CAP – COMUNE DELL'ENTE DI APPARTENENZA _____

L'OPERATORE DI RIFERIMENTO
(FIRMA E TIMBRO)

DATA _____