

ALLEGATO 1.1



comune di trieste
area servizi e politiche sociali

Servizio Sociale Comunale UOT _____ UTS _____
Unità persone con disabilità

Servizio per l'inclusione e l'integrazione territoriale e sociale

Nome e cognome _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

indirizzo _____

nome e cognome genitore _____

recapito telefonico _____

Definizione delle problematiche e delle risorse del bambino/a ragazzo/a

Finalità dell'intervento

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ALLEGATO 1.1

Tipologia e sede dell'intervento

s.i.s. o doposcuola privato	
ricreatorio comunale	
gruppo	
individuale	
altro	

Budget previsto

data inizio intervento	
data chiusura intervento	
ore settimanali intervento	
ore indirette mensili	
Totale ore	
Totale spesa	

*assistente sociale e/o educatore/trice
comunale*

coordinatore operativo cooperativa

Famiglia, tutore, ADS

Trieste,_____

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: LEONARDI LUIGI

CODICE FISCALE: LNRLGU65A25F258L

DATA FIRMA: 30/10/2017 10:08:37

IMPRONTA: 2FB60C2AC1EF85D71ABB8348A54E5A5511C640A1559EFE836C49A09A6AAD09DF
11C640A1559EFE836C49A09A6AAD09DFC2780637F2A3F6070A7B6209270A3C26
C2780637F2A3F6070A7B6209270A3C2600858E178BF9353FAB3F76526BAEF935
00858E178BF9353FAB3F76526BAEF935BC24783015AB20E72FEE338425B954BF