



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche  
Area Dipartimentale SerT  
UOS/UOSD \_\_\_\_\_

ALLEGATO 1

## Scheda Invio Sportello Lavoro

<b>OP riferimento:</b>	<b>OP sportello:</b>
<b>Utente:</b>	<b>Data:</b>
<b><u>Breve premessa e obiettivi invio sportello</u></b>	
<b><u>Tempistica</u></b>	



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche  
Area Dipartimentale SerT  
UOS/UOSD \_\_\_\_\_

ALLEGATO 2

## SCHEDA DI RACCOLTA DATI COUNSELING

COMPILAZIONE FOGLIO PRIVACY

### ANAGRAFICA

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

COMUNE DI RESIDENZA

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

TIPO DI RICHIESTA ESPRESSA

PROBLEMATICA EMERSA

NUMERO INCONTRI EFFETTUATI

### VALUTAZIONE DELLA CONSULENZA

### ESITO

COMPLETATO

INTERROTTO (SPECIFICARE)

INVIO AD ALTRO SERVIZIO (SPECIFICARE)\*



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche  
Area Dipartimentale SerT  
UOS/UOSD \_\_\_\_\_

### ALLEGATO 3

#### QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DELL'EVENTO EFFETTUATO NELLA CLASSE.....

Titolo dell'evento \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

#### SEZ. 1 : VALUTAZIONE EVENTO

Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla necessità di conoscenze degli studenti?

Non rilevante	Poco rilevante	Abbastanza rilevante	Rilevante	Molto rilevante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come valuta la **qualità** educativa/formativa fornita da questo evento?

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### SEZ. 2 : VALUTAZIONE FORMATORI

FORMATORI (riportare i nomi dei docenti nelle colonne)	(cognome e nome)	(cognome e nome)
Padronanza del tema trattato	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Chiarezza espositiva	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Qualità del materiale didattico utilizzato	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Interazione con l'aula	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Rispetto di tempi e contenuti	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

1=scarso 2= mediocre 3= sufficiente 4= buono 5= ottimo 6= eccellente

Suggerimenti \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (opzionale)



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche  
Area Dipartimentale SerT  
UOS/UOSD \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 4**

**SCHEDA SEGNALAZIONE UTENTE  
(LABORATORIO ARTISTICO ARTIGIANALE)**

**Cognome**

**Nome**

**Data e luogo di  
nascita**

**Residenza**

**Domicilio**

**Recapito telefonico**

**Titoli di studio**

**Esperienze lavorative**

**Tirocini**

**Attuale  
situazione  
abitativa e  
familiare**

**Situazione  
economica**

**Progetto  
terapeutico**

**riabilitativo**

**Obiettivi  
dell'inserimento**

<b>Nominativo</b>	<b>Operatori di riferimento</b>	
	<b>Ruolo</b>	

<b>Invalidità ottenuta</b>	<b>sì</b>	<b>percentuale</b>
	<b>no</b>	

**Eventuale diagnosi  
psichiatrica**

<b>Patente attiva</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Operatore segnalante</b>		

**Data compilazione**

**Data presentazione**



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche  
Area Dipartimentale SerT  
UOS/UOSD \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 5

### PROPOSTA INSERIMENTO IN GRUPPO APPARTAMENTO DI TRANSIZIONE

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso M  F  T  Data e Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residenza (comune) \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Domicilio (comune) \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Cittadinanza: Italiana  Straniera  \_\_\_\_\_

Stato Civile: Celibe  Nubile  Coniugato/a  Separato/a  Convive  Altro \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Situazione lavorativa: \_\_\_\_\_

Situazione familiare attuale: \_\_\_\_\_

Situazione abitativa attuale: \_\_\_\_\_

Situazione giuridica: \_\_\_\_\_

Problematiche socioeconomiche: \_\_\_\_\_

Anno presa in carico \_\_\_\_\_

Sostanza primaria \_\_\_\_\_ Sostanza secondaria: \_\_\_\_\_

Trattamenti terapeutici pregressi  
\_\_\_\_\_

Situazione sanitaria (diagnosi)  
\_\_\_\_\_

Diagnosi psichiatrica  
\_\_\_\_\_

Terapia farmacologica attuale:  
\_\_\_\_\_

Servizio inviante: SerT \_\_\_\_\_ Altri servizi coinvolti \_\_\_\_\_

Obiettivi inserimento:  
\_\_\_\_\_

Operatori di riferimento SerT \_\_\_\_\_ c/o \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Data  
\_\_\_\_\_

Firma operatore SerT  
\_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche  
Area Dipartimentale Ser.T.  
UOS/UOSD \_\_\_\_\_

MODULO RIMBORSO CHILOMETRICO CARBURANTE

DSM-DP U.O. SERT

CENTRO DI COSTO N° \_\_\_\_\_ N° D'ORDINE SM \_\_\_\_\_

L'Operatore dipendente \_\_\_\_\_ della Ditta aggiudicataria \_\_\_\_\_  
con qualifica di \_\_\_\_\_ autorizzato dal Responsabile Sater dell'Area Omogenea Assistenziale (ArOA)  
Dipendenze Patologiche del DSM-DP ad effettuare il percorso mediante l'utilizzo della propria autovettura secondo le  
modalità definite dal progetto personalizzato concordato:

Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_ Utente \_\_\_\_\_

Data	Partenza da	Arrivo a	Km	Dalle ore	Alle ore
Totale Km effettuati nel mese					

Firma del dipendente Aggiudicatario  
\_\_\_\_\_

Firma dell'Operatore referente AUSL  
\_\_\_\_\_

Firma Responsabile Sater ArOA Dipendenze Patologiche \_\_\_\_\_