



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Al Responsabile del Programma Integrato Disabilità e Salute

Alla Responsabile professionale DATER

RENDICONTAZIONE MENSILE DELLE ATTIVITÀ

AFFIDAMENTO DELLA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DEL CENTRO REGIONALE AUSILI

MESE E ANNO DI RIFERIMENTO _____

ATTIVITA'	SOGGETTO RICHIEDENTE	DATA RICHIESTA	N°	ORE	N° Professionisti coinvolti
Consulenze (allegare report individuali) Sede d'intervento Scuola Lavoro Casa Struttura					
Consulenze a persona disabile Sede d'intervento Scuola Lavoro Casa Struttura					
Informazione Tipologia: sito web opuscolo altro					
Formazione/aggiornamento Sede Fuori sede					
Rete Regionale CAAD Sede Domicilio					



Casa Amica					
------------	--	--	--	--	--

DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE DITTA AGGIUDICATARIA _____