



**ALLEGATO 2 – MODULO DI RENDICONTAZIONE**

Al Responsabile del Programma Integrato Disabilità e Salute

Alla Responsabile professionale DATER

**RENDICONTAZIONE BIMESTRALE DELLE ATTIVITÀ**  
**GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DEL CENTRO REGIONALE AUSILI**  
**MESI E ANNO DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_**

<b>PERCORSO</b>	<b>SOGGETTO RICHIEDENTE</b>	<b>DATA RICHIESTA</b>	<b>N° DI ACCESSI</b>	<b>INIZIALI UTENTE</b>
Indicare analiticamente l'area di intervento (minori e/o adulti) e l'attività erogata in funzione del prodotto indicando ciascun accesso				

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE DITTA AGGIUDICATARIA \_\_\_\_\_