

**Scheda anagrafica Utente**

Cognome e nome	
Data e luogo di Nascita	
Codice Fiscale	
Comune di residenza	
Via/Pz/C.So/C.da	
Recapiti telefonici	

**Tabella riepilogativa profilo funzionale ICF**

*(Riportare esclusivamente i codici utili per la definizione del profilo ICF selezionati nella tabella B, parte integrante del presente accordo. Per la compilazione della seguente tabella attenersi allo schema tipo presente nella tabella B)*

Dominio ICF	DGR 483/12 DCA 16/13	Capitoli e codici ICF <i>(inserire una riga per ciascun codice)</i>	qualificatori	
			Capacità	Performance
Attività e partecipazione	area -diritto casa habitat	capitolo 6		
		Vita domestica		
	area – diritto formazione lavoro e lavoro	capitolo 8		
	capitolo 1			
	capitolo 2			
	capitolo 3			
	capitolo 4			
	capitolo 5			
	capitolo 7			
capitolo 9				
		Vita sociale, civile e di comunità		

**AREA – DIRITTO: CASA E HABITAT** (in applicazione dei criteri stabiliti nel Regolamento e nel Bando)

Descrizione degli interventi da effettuare: *(utilizzare gli item dell'ICF correlati a questo area-diritto e rilevati)*

Indicatori/criteri di riassegnazione del livello di intensità dell'investimento:	dato atteso	Periodo di attuazione

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*



<b>AREA – DIRITTO: FORMAZIONE LAVORO E LAVORO</b> (In applicazione dei criteri stabiliti nel Regolamento e nel Bando)		
Descrizione degli interventi da effettuare (utilizzare gli item dell'ICF correlati a questo area-diritto e rilevati)		
<b>Indicatori/criteri di riassegnazione del livello di intensità dell'investimento:</b>	<i>dato atteso</i>	<i>Periodo di attuazione</i>

<b>AREA – DIRITTO: SOCIALITA' E AFFETTIVITA'</b> (In applicazione dei criteri stabiliti nel Regolamento e nel Bando)		
Descrizione degli interventi da effettuare: utilizzare gli item dell'ICF correlati a questo area-diritto e rilevati		
<b>Indicatori/criteri di riassegnazione del livello di intensità dell'investimento:</b>	<i>dato atteso</i>	<i>Periodo di attuazione</i>

**Diagnosi ICD9/ICD10**

**RESPONSABILITÀ** (Responsabili del progetto)

Responsabile Asl: \_\_\_\_\_

Responsabile Ambito/Comune: \_\_\_\_\_

Case manager: \_\_\_\_\_

- Mese delle valutazioni programmate per la valutazione del PTRI-Bds (ciascuna precedente le corrispondenti date delle riunioni UVI)
1. A sei mesi: (stato di attuazione degli indicatori/criteri di riassegnazione dei livelli di intensità dell'investimento)
  2. A 12 mesi: (stato di attuazione degli indicatori/criteri di riassegnazione dei livelli di intensità dell'investimento)
  3. A 18 mesi: (stato di attuazione degli indicatori/criteri di riassegnazione dei livelli di intensità dell'investimento)
  4. A 24 mesi, data di conclusione o di prosecuzione del PTRI-Bds: (stato di attuazione degli indicatori/criteri di riassegnazione dei livelli di intensità dell'investimento)
  5. A 30 mesi: (stato di attuazione degli indicatori/criteri di riassegnazione dei livelli di intensità dell'investimento)
  6. A 36 mesi, data di conclusione del PTRI-Bds: (stato di attuazione degli indicatori/criteri di riassegnazione dei livelli di intensità dell'investimento)










Partecipanti	Nome	Firma	Ente
Cittadino utente			
Civilmente/legalmente obbligato			
Dirigente di riferimento UO			
Referente dei Servizi Sociali			
Case manager			

re



  


  


  



