

PROGETTO INSERIMENTO LAVORATIVO
(a cura dell'Unità Operativa territoriale proponente)

UNITA' OPERATIVA TERRITORIALE _____

OPERATORE REFERENTE DEL PROGETTO: _____

Utente : _____

Inserimento Lavorativo

N° mesi _____ dal _____ al _____

Azienda ospitante (*nome azienda e tipo di attività*): _____

N° ore settimanali _____ n° gg. settimanali _____ Incentivo economico mensile _____ euro

In data _____ passa a N° ore _____ con incentivo di _____ euro per il seguente motivo: _____ _____

- Progetto per Attivazione Inserimento Lavorativo
- Progetto per Proroga Inserimento Lavorativo
- Rimodulazione Progetto Inserimento Lavorativo

SCHEDA ANAGRAFICA, SOCIALE E CLINICA

Cognome e nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Residenza: _____

Domicilio (se diverso dalla residenza):

Recapito telefonico: _____

Stato Civile: _____ Scolarità _____

Conviventi: vive da solo con famiglia d'origine con famiglia propria
 con coinquilini altro: _____

Diagnosi: _____

Breve storia clinica e progetto terapeutico-riabilitativo complessivo:

Invalità Civile: [] NO [] SI _____%

Assegno di accompagnamento: [] NO [] SI (*allegare copia della relativa certificazione*)

Legge 68: [] si [] no [] domanda n° _____ presentata il _____
(*allegare copia della relativa certificazione*)

Sussidio Legge 20/97: [] si [] no

L. 104 [] si [] no
(*allegare copia della relativa certificazione*)

Legge 162: [] si [] no se si, n° ore mensili _____ utilizzate per

Precedenti esperienze di lavoro e/o precedenti Percorsi di Inserimento Lavorativo:

Breve descrizione delle attività produttive nelle quali l'utente sarà coinvolto (*mansioni e compiti specifici assegnati all'utente*)

Motivazione dell'utente all'Inserimento Lavorativo (*riportare le parole del paziente*)

Valutazione del Funzionamento Personale e Sociale

Aree critiche sulle quali si intende intervenire:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Obiettivi specifici dell'intervento riabilitativo per ogni area in cui si interviene:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Risultati attesi per ogni obiettivo specifico:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Equipe di riferimento:

Psichiatra. _____ Psicologo _____

Ass. Sociale: _____ Educatore Profess. _____

Infermiere Profess. _____ O.S.S. _____

Data _____

Firma _____

La persona in formazione firma per presa visione degli obiettivi dell'Inserimento Lavorativo

Il presente allegato è composto da
n° 5 fogli di n° 1 pagine

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 243 DEL 15 MAR. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras* IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Panti*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

Il Direttore DSM
Dott. Augusto Conti