

**PROGETTO INDIVIDUALE
RESIDENZIALITÀ MINORI DISABILI GRAVISSIMI - DGR _____**

DATI RELATIVI AL MINORE

Cognome: _____ **Nome:** _____ **Data di nascita:** _____

Residente a _____ **Prov** _____ **ATS di riferimento** _____ **Codice Fiscale:** _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ **Tessera Sanitaria N.** _____

Diagnosi: _____ **Invalidità civile:** **SI** **NO** **In corso**

Cittadinanza _____

Frequenza scolastica: **NO**

SI: Nido Scuola dell'infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di primo grado

Altro _____

Domanda presentata da: _____ **in data:** ____/____/____

ESITO VALUTAZIONE

Il/la minore è risultato/a **IDONEA/O alla misura residenzialità per minori disabili gravissimi ai sensi della DGR _____**, sulla base della **valutazione multidimensionale** eseguita in data _____ dall' équipe così composta:

- ATS _____
- Ente Locale: _____
cognome nome e qualifica
- Pediatra di Famiglia/MMG: _____
cognome nome
- U.O.N.P.I.A _____
cognome nome e qualifica
- ASST _____
cognome nome e qualifica
- Altro: _____
(specificare)

	PROGETTO INDIVIDUALE PER: _____		
AREA DI BISOGNO	OBIETTIVI	AREE DI INTERVENTO	TEMPI E MODALITÀ DI RIVALUTAZIONE
CLINICO FUNZIONALE			
SOCIO FAMILIARE			
AFFETTIVO RELAZIONALE			
INTEGRAZIONE SOCIALE (scolastica, educativa, socializzazione etc)			

PRIORITÀ DI INTERVENTO: _____

DURATA PREVISTA DEL PROGETTO INDIVIDUALE _____

DURATA RICOVERO (per sollievo): dal ____/____/____ al ____/____/____

LIVELLO DI INTENSITÀ RICONOSCIUTA: media intensità alta intensità

UNITÀ DI OFFERTA INDIVIDUATA A SEGUITO DI CONDIVISIONE CON GENITORI/TUTORE/ENTE AFFIDATARIO DEL MINORE

Note: _____

I REFERENTI DEL PROGETTO:

ATS: _____ (cognome nome Firma)

ASST: _____ (cognome nome Firma)

ENTE LOCALE: _____ (cognome nome Firma)

COORDINATORE DEL CASO: _____ **tel:** _____

Il presente progetto è stato **concordato e condiviso con i genitori/tutore/ente affidatario del minore in data** ____/____/____

Per la Famiglia:

Padre: _____

cognome nome

Firma: _____

Madre: _____

cognome nome

Firma: _____

oppure

Tutore/Affidatario: _____ Firma: _____

cognome nome

Spetta all'ATS trasmettere all'unità d'offerta individuata per la presa in carico del minore e sopra indicata, copia del presente progetto, unitamente alla *“Scheda valutazione minori disabili gravissimi”* e alle *scale somministrate ai fini della valutazione*.