

Comune di Firenze Direzione Servizi Sociali	<b>PRIMO PROGETTO QUADRO INTEGRATO STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE</b>	Coordinamento Strutture residenziali
--	---	---

<b>Data Incontro</b>	
<b>Cognome e nome Minore</b>	
<b>Struttura Semiresidenziale</b>	

**Composizione Equipe Multidisciplinare Integrata:**

	Cognome e Nome	Sede/Indirizzo	Telefono	Fax
Ass. Soc.				
Psicologo				
Neuropsichiatra Infantile				
Responsabile Struttura				
Educatore di riferimento				
Genitori o Tutore				
Minore				

Il Presente Progetto Quadro Integrato deve essere in linea con il Progetto Quadro

<b>1. ELEMENTI CONOSCITIVI DELLA SITUAZIONE DEL MINORE E DELLA SUA FAMIGLIA</b>
<b>2. EVENTUALI DISPOSIZIONI DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA</b>
<b>3. LINEE GENERALI DELL'INTERVENTO EDUCATIVO E DURATA PREVISTA DELL'INSERIMENTO</b>

Comune di Firenze Direzione Servizi Sociali	<b>PRIMO PROGETTO QUADRO INTEGRATO STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE</b>	Coordinamento Strutture residenziali
--	---	---

<b>4. DURATA OSSERVAZIONE DA PARTE DELLA STRUTTURA (elaborazione PEI)</b>

<b>5. MODALITÀ' DI RELAZIONE-COLLABORAZIONE CON I FAMILIARI</b>

<b>7. COPERTURA DELLE SPESE PERSONALI</b>	
Note:	Servizi aggiuntivi: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>trasporto</i> <input type="checkbox"/> <i>pasto aggiuntivo</i> <input type="checkbox"/> <i>supporto educativo individuale:</i> <i>n. ore</i> ____ <i>frequenza</i> _____
Data prevista per la prima verifica con consegna del Progetto Educativo Individualizzato da parte del Servizio Semiresidenziale	
<div> <div>_____ / _____ / _____</div> </div>	

Periodicità degli incontri di verifica dell'Equipe Multidisciplinare Integrata	<input type="checkbox"/> SEMESTRALE <input type="checkbox"/> _____
--	--

**FIRME EQUIPE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA**