

Data Incontro	
Cognome e nome Minore:	
Struttura Residenziale:	

Equipe Multidisciplinare Integrata

	Cognome e Nome		Cognome e nome
Assistente Sociale case manager		Responsabile Struttura	
Psicologo		Genitori o tutore	
Neuropsichiatra Infantile		Minore	
Educatore di riferimento		
		

Data prevista per le dimissioni:

PROGRAMMA PER LE DIMISSIONI

FIRME EQUIPE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA

FIRMA P.O. PROFESSIONALE COMPETENTE

