



Comune di Firenze  
Direzione Servizi Sociali



**LETTERA ACCORDO  
SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE**

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE				
<b>NOME E COGNOME</b>				
<b>DATA E LUOGO DI NASCITA</b>				
EQUIPE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA				
	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Sede/Indirizzo</b>	<b>Telefono</b>	<b>E-Mail</b>
<b>ASSISTENTE SOCIALE CASE MANAGER</b>				
<b>NEUROPSICHIATRA INFANTILE</b>				
<b>PSICOLOGO</b>				
<b>RESPONSABILE STRUTTURA</b>				
<b>EDUCATORE DI RIFERIMENTO</b>				
<b>GENITORI O TUTORE</b>				
PASTO AGGIUNTIVO				
Per n. _____ giorni dal _____ al _____ Costo _____				
TRASPORTO				
Per n. _____ giorni dal _____ al _____ Costo giornaliero _____				
SUPPORTO EDUCATIVO INDIVIDUALE AGGIUNTIVO				
N. ore settimanali _____ dal _____ al _____ e dal _____ al _____ Costo orario _____				
RIMBORSO ASL (se previsto)				
Oneri finanziari a carico ASL € _____				
PERIODICITA' DEGLI INCONTRI DI VERIFICA				
SEMESTRALE <input type="checkbox"/>		ALTRO <input type="checkbox"/> specificare) _____		
RESPONSABILE PO PROFESSIONALE COMPETENTE				
Data _____		Firma _____		

<b>RESPONSABILE UFSMIA (se prevista)</b>	
Data	Firma
<b>RESPONSABILE SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE</b>	
Data	Firma