



COMUNE DI FIRENZE  
Direzione Servizi Sociali

**STRUTTURE RESIDENZIALE MODULO RINFORZATO  
( COLLEGATO AL PROGETTO QUADRO INTEGRATO)**

DATI ANAGRAFICI				
<b>NOME E COGNOME DEL MINORE</b>				
<b>DATA E LUOGO DI NASCITA</b>	___/___/___			
EQUIPE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA				
	Cognome e Nome	Sede/Indirizzo	Telefono	E-mail
<b>ASSISTENTE SOCIALE CASE MANAGER</b>				
<b>NEUROPSICHIATRA INFANTILE</b>				

DENOMINAZIONE STRUTTURA	
RETTA GIORNALIERA (EURO)	
Oneri finanziari a carico Comune € 77,00 . Oneri finanziari a carico ASL € 53,00	
DURATA PREVISTA DELL'INSERIMENTO	
DAL ___/___/___	AL ___/___/___
Nuova prestazione <input type="checkbox"/>	Rinnovo prestazione <input type="checkbox"/>
P.O. PROFESSIONALE COMPETENTE	
Data ___/___/___	Firma .....
RESPONSABILE UFSMIA	
Data ___/___/___	Firma .....