



COMUNE DI FIRENZE
Direzione Servizi Sociali

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

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

DENOMINAZIONE STRUTTURA	
RETTA GIORNALIERA	
€ 148,33 (Oneri finanziari a carico Comune € 95,33 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.....