

RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO: _____

REFERENTE PROGETTO: _____

TELEFONO: _____

E-MAIL: _____

PRESENTAZIONE OPERATORE: (max 8 righe, interlinea 1, carattere Times New Roman 12)

DESCRIZIONE PRESTAZIONI ACCREDITATE:

- Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio sanitari ed educatori professionali:
 - OSS: _____
 - Educatore professionale: _____
- Altri servizi professionali domiciliari:
 - Psicologo: _____
 - Fisioterapista: _____
- Servizi e strutture a carattere extra domiciliare (*):
 - Centri socio educativi riabilitativi diurni: _____
- Sollievo: _____
- Supporti:
 - I _____
 - II _____
 - III _____
- Percorsi di integrazione scolastica: _____

(*) In caso di indisponibilità di Centri diurni socio educativi riabilitativi è possibile ricorrere ai servizi attivati direttamente dall'Ambito sociale.

EVENTUALI PRESTAZIONI MIGLIORATIVE E AGGIUNTIVE A QUELLE BASE SENZA COSTI AGGIUNTIVI:
