



# AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640

Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236



**UOC Servizio Dipendenze**  
Dipartimento Dipendenze – Azienda U.L.S.S. 20 Verona

**Allegato C**

## PROGETTO INDIVIDUALE DI RIABILITAZIONE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

### OPERATORI DI RIFERIMENTO

\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### ALTRI SERVIZI E OPERATORI DI RIFERIMENTO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TIPOLOGIA DEL PROGETTO

Recupero Abilità Lavorative  presso .....

Recupero Abilità Sociali

DURATA DEL PROGETTO dal ..... al .....

IMPEGNO MASSIMO DI SPESA € .....

In collaborazione con .....

### NOTA - VARIAZIONI

## INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ (Prov.:) Il: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ (Prov.: )

Recapito/Domicilio: \_\_\_\_\_ n: \_\_\_\_\_

C.A.P.: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Altro riferimento: \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_ Cod.Fiscale: \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

## SITUAZIONE SOCIALE (SINTESI)

## OBIETTIVI DEL PROGETTO INDIVIDUALE DI RIABILITAZIONE

---

Verona, .....

F. Riabilitazione e Reinserimento Socio-Lavorativo  
Referente

Equipe inviante  
Referente

.....

.....

U.O.C. Servizio Dipendenze  
Il Direttore

.....

Ente Collaboratore  
Referente

.....

**PROROGHE (ENTRO I LIMITI DELLA SPESA PREVISTA DA D.D.G. N...../.....)**

Dal..... al..... Impegno di spesa € ..... Referente F. R. e R.S.L.  
.....

Direttore U.O.C. Ser.D.  
.....

---

Dal..... al..... Impegno di spesa € ..... Referente F. R. e R.S.L.  
.....

Direttore U.O.C. Ser.D.  
.....

Dal..... al..... Impegno di spesa € ..... Referente F. R. e R.S.L.  
.....

Direttore U.O.C. Ser.D.  
.....

---

Dal..... al..... Impegno di spesa € ..... Referente F. R. e R.S.L.  
.....

Direttore U.O.C. Ser.D.  
.....