

Servizio di Formazione all'Autonomia Il Millepiedi

Progetto Educativo SFA – Percorso

- A
- B
- C

Anno

- 1
- 2
- 3

Oppure

- CONSOLIDAMENTO
- MONITORAGGIO

UTENTE:

DATA E LUOGO DI NASCITA:

INDIRIZZO:

DATA DELLA RICHIESTA DI PRESA IN CARICO/AGGIORNAMENTO:

OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

PRESTAZIONI DA EROGARE

PROGRAMMA SETTIMANALE

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
M m					
mensa					
M p					

TEMPI

L'intervento ha inizio dal giorno ----- 201-- per la durata di un anno rinnovabile.

I contenuti del progetto rimangono confermati fino ad eventuale nuova stesura e sottoscrizione, ad eccezione del costo orario, come di seguito specificato.

Informativa	Compilatore	Data
Scheda 08		Revisione

COSTO MENSILE STIMATO: € ,00, calcolato in base al costo della frequenza modulare (__ moduli a settimana più __ buono pasto) che verrà aggiornato annualmente dandone formale comunicazione all'utente o alla sua famiglia.

Si procederà alla fatturazione anche in caso di assenza e si applicherà lo sconto del 10% per ogni settimana di assenza.

Sono esclusi i buoni pasto, fatturati se consumati, e l'applicazione dell'IVA di legge.

L'amministrazione ogni mese trasmette all'utente/comune di residenza una fattura che deve essere saldata entro l'emissione della fattura successiva in contanti, assegno a tramite bonifico bancario.

OPERATORI DI RIFERIMENTO:

Coordinatore _____

Educatore professionale _____

VERIFICA

Sono previsti incontri di verifica tra gli operatori di riferimento e con l'utente e la sua famiglia con cadenza legata ai tempi di verifica degli obiettivi, nonché incontri in caso di necessità.

Varese, _____

Il coordinatore _____

L'educatore di riferimento _____

Per accettazione:

L'utente _____

Il suo familiare / rete primaria _____

L'amministratore di sostegno _____

Informativa	Compilatore	Data
Scheda 08		Revisione