

Modello C

ASL \_\_\_\_\_

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE  
CENTRO DI SALUTE MENTALE DI \_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_

li \_\_\_\_\_

Al Direttore del DSM

Oggetto: richiesta borsa lavoro per utenza DSM

Per il seguito di competenza si comunicano i relativi dati con riferimento all'utente inseribile nel Progetto Borsa lavoro

Settore Attività	Percorso riabilitativo – borsa lavoro
Nome e Cognome Dati Anagrafici Residenza	
Descrizione attività della borsa lavoro	
Soggetto ospitante Sede della prestazione	
Data di inizio Giorni e orari di accesso	

Si comunica altresì che l'utente è:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| <input type="radio"/> Inserito in struttura semiresidenziale                       | si | no |
| <input type="radio"/> Inserito in struttura residenziale                           | si | no |
| <input type="radio"/> Usufruisce di Borsa Lavoro<br>(indicare da quando _____)     | si | no |
| <input type="radio"/> Svolge attività altre lavorative<br>(indicare reddito _____) | si | no |
| <input type="radio"/> Ha altro reddito<br>(indicare entità _____)                  | si | no |
| <input type="radio"/> Invalidità civile<br>(indicare assegno _____)                | si | no |

**Pertanto si chiede l'inserimento dell'utente sopra individuato nel progetto di borsa lavoro**

L'Assistente Sociale

Il Direttore del CSM

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ UTENTE \_\_\_\_\_

Al CSM \_\_\_\_\_

e p.c. Al Direttore della \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DEL DSM

Letta ed esaminata la richiesta,

AUTORIZZA

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_