

Modello B

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE  
CENTRO SALUTE MENTALE DI \_\_\_\_\_  
BORSE LAVORO PER L'UTENZA DSM . SCHEDA INDIVIDUALE UTENTE

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_

Presa in carico c/o il CSM \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Descrizione della condizione clinica attuale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Profilo di funzionamento personale e sociale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Programma riabilitativo individuale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivi specifici (borsa lavoro):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Risultati attesi (borsa lavoro):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Il Referente del progetto**

\_\_\_\_\_

**Il Direttore del CSM**

\_\_\_\_\_