

**PROGETTO SOCIALE ED EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

*(da allegare alla prescrizione del medico specialista)*

**1. DATI CLINICO-ANAMNESTICI**

---

---

---

---

**2. OBIETTIVO/I DA REALIZZARSI TRAMITE L'AUSILIO RICHIESTO**

---

---

---

**3. TEMPI DEL PROGETTO (inizio-termini)**

---

---

---

**4. RISULTATI ATTESI (nei confronti della persona disabile e nei confronti della famiglia)**

---

---

---

**5. VERIFICHE (modalità, indicatori, tempi, a cura di ...)**

---

---

---

**6. ESTENSORE DEL PROGETTO (nome e cognome, qualifica, servizio di appartenenza)**

---

---

**7. ADDESTRATORE/I ALL'UTILIZZO DELL'AUSILIO (NB: solo in caso di ausili informatici)**

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro