



ALLEGATO_D

**Scheda di attivazione Equipe Multidisciplinare Interservizio
Interventi D.G.R. 69/2023**

Data richiesta.....

Il Servizio.....

richiede l'attivazione di E.M. Interservizio a favore del nucleo familiare composto da:

COMUNE DI RESIDENZA			
COGNOME	NOME	GRADO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA

Altri Servizi che hanno in carico la situazione:

si richiede la partecipazione dei seguenti Servizi:

Servizi da coinvolgere	Email di riferimento



Allegati necessari:

1. Scheda Pre-assessment
2. Presentazione del caso attraverso
3. Eventuale altra documentazione che si ritiene significativa in relazione all'attivazione dell'EM (ad esempio: Verbale d'invalidità, Progetto Quadro, Isee, ecc.) _____

Firma Specifica Responsabilità

.....

Firma Operatore di riferimento

.....