

Modello D

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

BORSE LAVORO PER L'UTENZA PSICHIATRICA – SCHEDA INDIVIDUALE UTENTE

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

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

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo sede di lavoro \_\_\_\_\_

Descrizione delle mansioni/attività del borsista e del contesto lavorativo di inserimento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orari e giorni di lavoro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Programma riabilitativo individuale della borsa lavoro:

profili riabilitativi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

finalità specifiche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

obiettivi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Il Responsabile del CSM

\_\_\_\_\_