



AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

Aggiornato in data 28.03.2023

PIANO D'INTERVENTO INDIVIDUALIZZATO ADH-CRE

Nome e Cognome _____

➤ **Breve descrizione degli obiettivi progettuali:**

RELATIVI AL MINORE DISABILE (area delle autonomie, area dell'inserimento sociale)

IPOTESI D'INTERVENTO

Frequenza

N° giorni alla settimana _____ N° ore alla settimana _____ Orario Frequenza _____

➤ **Durata del Progetto:** dal ____/____/____ al ____/____/____ (MAX 20 ORE A SETTIMANA x 4 SETTIMANE)

➤ **Sede Centro Estivo** _____

➤ **Referente Centro estivo** _____

Scelta della Cooperativa Accreditata (barrare l'ente accreditato scelto):

Il Sottoscritto _____ per lo svolgimento del servizio ADH CRE a favore del figlio/minore tutelato _____ sceglie di avvalersi del seguente ente accreditato da

Azienda Isola – "Azienda speciale consortile per i Servizi alla Persona" con determinazione N° 253/2021:

- AERIS (Coordinatrici dott.ssa Gambirasio 345 6879365; dott.ssa La Manna 344 0618894)
- ALCHIMIA (Coordinatrice dott.ssa Crawford 329 9580792)
- CITTA' DEL SOLE (Coordinatrice dott.ssa Balossi 327 4482843)

Luogo e Data _____, ____/____/____ **Firma Genitore/Tutore** _____