

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Allegato 2
Fac-simile Progetto
Individualizzato

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA DISABILE

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

DIAGNOSI _____

BREVE ANAMNESI RIFERITA ALLA DISABILITA' SPECIFICA

Attuale collocazione della persona disabile:

- Domicilio
- Residenza Sanitaria Disabili
- Residenza Sanitaria Anziani
- Altra struttura residenziale

Frequenta:

- Scuola dell'obbligo
- Scuola superiore
- Università
- Struttura diurna socio assistenziale
- Centro diurno disabili
- Centro di formazione all'autonomia

Ambito lavorativo (specificare): _____

Diagnosi funzionale (quadro sintetico aggiornato delle abilità, competenze acquisite e residue che caratterizzano la persona, con particolare attenzione alla descrizione delle sue condizioni di mobilità e di possibilità di "relazione con il mondo", al fine di evidenziarne la situazione di confinamento o non all'interno della propria abitazione)

Qualora affetto da sordità, specificare se:

- minore in età prescolare
- minore con sordità pari a 50 decibel medi (500-1000-2000 Hz) nell'orecchio migliore
- adulto con sordità pari o superiore a 65 decibel medi (500-1000-2000 Hz) nell'orecchio migliore

Tipologia di disabilità

- Fisica
- Psicica
- Sensoriale
- Plurima (fisica e/o psicica più sensoriale)

Area/e delle funzioni compromesse

- Area cognitiva
- Area affettivo-relazionale
- Area comunicazione
- Area sensoriale
- Area motorio-prassica
- Area neuropsicologica
- Area autonomia

Obiettivi prefissati (tramite l'utilizzo dello strumento richiesto sia in ambito scolastico, sia lavorativo, che socializzante)

Strategie per il raggiungimento degli obiettivi

Modalità di verifica degli obiettivi

Durata

Il progetto si concluderà indicativamente _____

L'ATS si riserva di verificare l'attuazione del progetto.

DATA _____

Timbro e firma del medico specialista (leggibile)
