|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOME COGNOME****DATA DI NASCITA** | **DATA INIZIO PRESTAZIONE** | **DATA FINE PRESTAZIONE**(Indicare data e motivazione- termine progetto, abbandono del progetto) | **CAMPIONE**(Specificare la tipologia di campione utilizzato-vedi tabella criteri di campionamento) | **TIPOLOGIA DI POSTO** (Autorizzato. Accreditato a contratto) | **CERTIFICAZIONE DI TOSSICODIPENDENZA COERENTE**(Ente rilasciante, data) | **SERVIZIO INVIANTE** | **FASE** | **PERIODO:** **> 18 MESI (servizi trattamento specialistico)**  **> 36 mesi (servizi pedagogico o terapeutico-riabilitativi** **(SI/NO) SE SI SPECIFICARE AZIONI INTRAPRESE** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cudes:328\_\_\_\_\_\_ DENOMINAZIONE UDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ENTE GESTORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data Compilazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELAZIONE: INDICARE LE MODALITA’ DI CAMPIONAMENTO UTILIZZATO, LE EVENTUALI CRITICITA’ NELLA COMPILAZIONE DELLA CHECK LIST.