

PROPOSTA INSERIMENTO COMUNITÀ TERAPEUTICA PER MINORI

DATI MINORE

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Residenza _____
Codice Fiscale _____
Portatori di handicap: no fisico psichico
Ritardo: lieve medio grave
Decreto Tribunale dei Minori si no data _____ numero _____

SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Minore in carico al Servizio Sociale/Tutela Minori si no
Assistente Sociale _____ Telefono _____
Fax _____ email _____

U. O. DI NPIA INVIANTE

UONPIA _____
Sede _____
NPI di riferimento _____ Telefono _____
Fax _____ email _____

RELAZIONE CLINICA / ANAMNESI

DIAGNOSI

Cod. ICD10 OMS _____

TERAPIA FARMACOLOGICA
