

Allegato C

Scheda di segnalazione

SERVIZIO INVIANTE

operatore di riferimento:

Tel.

e-mail

DATI BENEFICIARIO: nome

cognome

comune residenza

C.F.

tel.

TIPOLOGIA INVALIDITÀ

% invalidità:

psichica

organica

VALUTAZIONE FINALE:

COLLOCABILE

NON COLLOCABILE AL MOMENTO

COLLOCABILE CON PERCORSO MEDIATO

Se COLLOCABILE:

Ipotesi di settore per

ASSUNZIONE

TIROCINIO

ENTRAMBI

Settore/i

Mansione/i

Criticità e vincoli

Necessità di formazione SI

NO

Se COLLOCABILE IN PERCORSO MEDIATO

EVENTUALE PROPOSTA PROGETTO INDIVIDUALE

Se AL MOMENTO NON COLLOCABILE

EVENTUALE PROPOSTA PROGETTO INDIVIDUALE

Luogo e data.....

Firma Responsabile Servizio inviante

Firma Operatore