

**Allegato E**  
**Scheda di segnalazione ADR**

**CAPOFILA**

**SERVIZIO INVIANTE**

operatore di riferimento: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**ENTE Accreditato DULD**

orientatore di riferimento: \_\_\_\_\_

**DATI UTENTE** nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

data nascita \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

comune residenza \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Titolo di studio** \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA INVALIDITÀ**

..... % invalidità       psichica       mentale       organica       fisica

Data iscrizione collocamento mirato disabili \_\_\_\_\_

**PROPOSTA PROGETTO INDIVIDUALE**

**Eventuale Azienda ospitante per tirocinio**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo sede operativa \_\_\_\_\_

Contatti: tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

riferimenti tutor aziendale \_\_\_\_\_

**Ipotesi di settore per tirocinio** (da indicare se in mancanza dell'azienda ospitante)

Settore/i \_\_\_\_\_

Mansione/i \_\_\_\_\_

Criticità e vincoli \_\_\_\_\_

<b>L'Operatore dell'ente inviante</b>	<b>Il Coordinatore della rete Capofila</b>
<b>Firma</b>	<b>firma</b>