

TIROCINIO - allegato F6	PIANO INTERVENTO PERSONALIZZATO ID PIP: _____	CO0121 – Azione di rete Fondo 2023
PIANO PROVINCIALE DISABILI - annualità 2024/2025		

Destinatario	<i>Nome e cognome</i>	<i>Codice fiscale</i>
Partner - gestore del servizio	<i>Ragione sociale</i>	<i>Partita IVA/Codice fiscale</i>
Operatore	<i>Nome e cognome</i>	<i>Codice fiscale</i>

Capofila	<i>Denominazione Capofila</i>	Coordinatore della rete	<i>Nome e cognome</i>
-----------------	-------------------------------	--------------------------------	-----------------------

Data	Ora inizio	Ora fine	Tot ore	Descrizione attività svolta	Firma Destinatario	Firma Operatore
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						
__/__/____						

Totale ore _____

Firma del Coordinatore della rete Capofila

Timbro ente Capofila