

## PROGETTO INDIVIDUALE

### Rimodulazione Covid 19

#### Nuove modalità d'intervento

<p><b>SERVIZIO</b></p>	
<p><b>UTENTE</b></p>	<p>Cognome:</p> <p>Nome:</p> <p>Comune di Residenza</p>
<p><b>DIAGNOSI</b> (Es. invalidità 100% con accompagnamento, disabilità intellettiva di grado grave/medio/lieve, ecc)</p>	
<p><b>Bisogni espressi dalla famiglia:</b></p>	
<p><b>Dotazioni della famiglia (scrivere quali dispositivi hanno per poter lavorare a distanza):</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Computer</p> <p><input type="checkbox"/> stampante</p> <p><input type="checkbox"/> rete wi-fi</p> <p><input type="checkbox"/> tablet</p> <p><input type="checkbox"/> Smart phone</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p> <p>Grado di autonomia nell'uso dei dispositivi:</p> <p><input type="checkbox"/> AUTONOMO</p> <p><input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO</p> <p><input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE</p>

<p><b>Dispositivi di protezione o comportamenti per diminuire il rischio (da scrivere quali dispositivi di sicurezza è in grado di usare)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nessuno</li><li><input type="checkbox"/> Mascherina</li><li><input type="checkbox"/> Guanti</li><li><input type="checkbox"/> Cuffia</li><li><input type="checkbox"/> Camice</li><li><input type="checkbox"/> Coprirsi quando starnutisce</li><li><input type="checkbox"/> Rispetto del distanziamento sociale</li><li><input type="checkbox"/> Lavarsi le mani</li><li><input type="checkbox"/> Altro:.....</li></ul>
<p><b>Criticità rilevate a seguito della valutazione dei bisogni:</b></p>	

**IPOTESI DI LAVORO**

(specificare come si intende procedere con la riorganizzazione del lavoro a distanza e/o in presenza individuale – esempio: incontri su whatsapp di piccolo gruppo – incontri individuali – invio di tutorial – videochiamate con la famiglia – ecc.....) specificare laboratori o attività svolte anche a distanza calendarizzando gli interventi.


<b>Ipotesi ore di assistenza in modalità on line (settimanali)</b> Per gli CSER in piccolo gruppo con al massimo 3 utenti	
<b>Ipotesi ore di assistenza in presenza individuale (settimanali)</b> specificare i giorni: _____	

Fermo li \_\_\_\_\_

*Firma del Servizio Sociale*  
\_\_\_\_\_

*Firma dell'Equipe Umea/Umee*  
\_\_\_\_\_

*Firma Coordinatore del Servizio*  
\_\_\_\_\_

*Firma familiare/genitore* \_\_\_\_\_