**(ALL. 1)**

**MODULO ATTIVAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVISTI**

**Regolamento Sostegno Minori con Disabilità - Attività Estive**

**DATI ANAGRAFICI UTENTE**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TEMPI E COSTI DEL PROGETTO**

□ Inizio dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Interruzione progetto dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Modifica Tecnica dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**A.** Monte ore assegnato con il Regolamento: \_\_\_\_\_

**B.** Ore integrative richieste da Comune/Unione: **\_\_\_\_\_**

Monte Ore complessivo Progetto **(A+B): \_\_\_\_\_**

Assistente Sociale di Riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data,\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano:

.........