



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale delle Politiche Sociali
Servizio Interventi Integrati alla Persona

PR FSE+ 2021-2027 Priorità 3 Inclusione e lotta alla povertà Obiettivo Specifico h) ESO 4.8.
"INCLUDIS 2024" – Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità

ALLEGATO A
Registro per l'attestazione delle ore di Attività Accesso e presa in carico

Allegato A – Registro per l'attestazione delle ore di attività di Accesso e presa in carico

Linee Guida per la gestione e la rendicontazione dei progetti

Avviso Pubblico

Progetti di Inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità - INCLUDIS 2024

Titolo Progetto

Capofila ATS

Componenti ATS

Ambito territoriale

Prot. Convenzione

Spazio riservato alla vidimazione

Da ripetere in ogni pagina

Nome e Cognome del Destinatario _____

Codice Fiscale _____

Ente istituzionalmente competente/Servizio/Struttura di provenienza del destinatario _____

- Tipologia destinatario
- con disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale ovvero della UONPIA (U.O. Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza);
 - con disabilità mentale/intellettuale e/o psichica in carico ai servizi sociali o socio-sanitari
 - con disabilità riconosciute ai sensi dell'art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.
 - indicare se minorenni con obbligo formativo assoluto.

Data	Ora Entrata	Ora Uscita	Attività Svolta	Nome e Cognome dell'Operatore ¹	Firma Operatore	Ente di appartenenza dell'operatore	N. ore di attività svolta	<input checked="" type="checkbox"/> Firma di presenza del destinatario
../././	../..	../..						
../././	../..	../..						
../././	../..	../..						
../././	../..	../..						

Nb. Ai fini della rendicontazione, le ore svolte in presenza di più operatori, dovranno essere computate una sola volta.

- con la firma di presenza il destinatario attesta anche di essere a conoscenza che il progetto INCLUDIS 2024 è finanziato con risorse dell'Unione Europea (PR FSE+ 2021-2027), risorse Statali e Regionali e rientra tra le operazioni di importanza strategica (OIS) Progetto EUROPA 27

Data e luogo

Firma digitale/autografa del Legale Rappresentante/Delegato

del Capofila dell'ATS

***In caso di firma autografa, allegare copia del documento di identità in corso di validità del rappresentante legale**

¹ Deve essere indicato il Nome, Cognome e firma dell'operatore che ha realizzato l'attività (es. colloquio col destinatario...)