|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Denominazione dell’intervento: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date dell’intervento: | | | | | | dal |  | | | | | al | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durata (giorni): | | |  | | | | | Luogo dell’intervento: | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Personale: | | | | | | | | | | | | Totale giorni di servizio: | | | | | | |  | | | |
|  | | Care giver | | | | | | |  | |  | | | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrizione dell’intervento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con il presente formulario si richiede l’utilizzo del codice 21.99.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Luogo e data: | | | | |  | | | | | | | | Per l’Ufficio dell’aiuto e della protezione: | | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Richiesta giunta da: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorizzato da (Operatore di picchetto SMPP): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osservazioni: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nota: La ratifica della notifica avverrà con una decisione formale della SMPP.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Rapporto d’intervento**

**1. Piano orario dell’intervento a partire dalla richiesta fino alla fine dell’intervento**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Quando | Cosa | Chi | Come | Dove |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2. Personale impiegato**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Funzione |
|  |  |  |

Eventualmente allegare la lista dei partecipanti

**3. Problemi riscontrati e proposte di miglioramento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Problemi riscontrati | Proposte di miglioramento | Osservazioni |
|  |  |  |

**4. Parte finanziaria**

|  |  |
| --- | --- |
| Costi | Osservazioni |
|  | Secondo RG 5131 del 22.11.2017 p.ti 2 e 3. |

**5. Conclusioni**

|  |
| --- |
|  |