UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo

Regione Lombardia

fse

POR 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

Allegato 1q

Diario per l'attestazione dell'effettivo svolgimento dei servizi/interventi

Ente capofila dell'ambito/Ente erogatore

ID destinatario

Ente che ha erogato il servizio	Date degli accessi	Prestazioni/servizi offerti (cfr.PI)	Tipologia di intervento erogato (cfr. Catalogo)	Figure professionali coinvolte	Nominativo/i dei professionisti coinvolti	Firma del/i professionista/i

Firma del Responsabile Ambito/Ente erogatore
Firma della persona anziana/disabile o di un familiare/persona che ne ha la tutela *
Firma del Case Manager