

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

DIPARTIMENTO TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE

Direttore: Dr. Simone De Persis

DETERMINAZIONE REGIONE LAZIO N. _____

Programma di riabilitazione vocazionale

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. _____

Contratto per l'attivazione del progetto di riabilitazione vocazionale

Beneficiario del progetto

Nome: Cognome:

Luogo e Data di nascita:

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Obiettivi del progetto

- Obiettivo generale: favorire l'adesione del paziente al PTRI.
- Obiettivo specifico: favorire l'acquisizione di abilità di funzionamento specifiche nell'area delle attività produttive e socialmente utili.

Durata del progetto/tempi di realizzazione del progetto

A decorrere dal al..... - rinnovabili

Attività progettuali

- AREA RISTORAZIONE
- AREA PULIZIE LOCALI
- AREA GIARDINAGGIO
- AREA COMMISSIONI

Impegno orario giornaliero/settimanale

Ore:

Entità del corrispettivo economico

€ 4,00/h

Impegni del beneficiario

- Adesione al PTRI e rispetto del regolamento della struttura.
- Impegno e regolarità nello svolgimento delle attività vocazionali previste.

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

DIPARTIMENTO TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE

Direttore: Dr. Simone De Persis

Impegni/risorse della REMS “Rieti ”

- Fornitura del materiale di consumo necessario allo svolgimento delle attività vocazionali previste.
- Supporto organizzativo da parte degli operatori della struttura.

Impegni/risorse di eventuali altri soggetti coinvolti

.....
.....
.....
.....

Monitoraggio e Verifica (tempi e strumenti)

- Supervisione da parte degli operatori della struttura durante lo svolgimento attività vocazionali previste.
- Colloqui settimanali con il singolo paziente.
- Colloqui di gruppo mensili con tutti i pazienti coinvolti nelle attività vocazionali.
- Verifica trimestrale in sede di microéquipe.

Il Progetto di Riabilitazione Vocazionale potrà essere sospeso/interrotto al venir meno degli impegni assunti dal beneficiario al momento della sottoscrizione del presente contratto e alla dimissione del beneficiario.

Il beneficiario dichiara di aver preso visione e di accettare interamente il presente accordo.

Letto, confermato e sottoscritto

Rieti, li

Firma del beneficiario _____

Firma Operatore REMS _____

Firma di eventuali altri soggetti coinvolti nell'intervento _____