UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo
Regione Lombardia
fse
POR 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

Calendario previsionale trimestrale

Allegato D1

Elaborato in data:
Ente capofila dell'Ambito
Identificativo persona anziana *(inserire classificazione adottata dall'Ente capofila dell'Ambito)* …….

Trimestre di riferimento: da……a…….

Date previsionali degli interventi	Prestazioni/servizi (cfr. PI)	Tipologia di intervento (cfr. Catalogo)	Luogo di erogazione	Indirizzo	Note

Firma del Responsabile dell'Ente erogatore
Firma della persona anziana o di un familiare
Firma del case manager