

## Griglia di rilevazione Servizi sanitari

**Denominazione:**

**Data di attivazione:**

**Destinatari:**

**Numero utenti del servizio (fare riferimento agli ultimi anni disponibili):**

**Utenza annuale prevista:**

**Liste di attesa:**

**Descrizione delle attività/prestazioni erogate:**

**Finalità del servizio:**

**Sono previsti progetti individualizzati?**

**Se sì, è prevista la partecipazione delle persone con disabilità e/o delle loro famiglie alla definizione del progetto?**

**Unità organizzativa (della Asl) competente:**

**Struttura pubblica e/o convenzionata che eroga il servizio:**

**Sede del servizio:**

**Figure professionali impiegate:**

**Costo annuale del servizio:**

**Risorse in preventivo per la prossima annualità:**

**Sono previsti strumenti di comunicazione/informazione?**

**Se sì, quali?**

**Sono previsti strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?**

**Se sì, quali?**

**Indicare (ed allegare) l'atto amministrativo di attivazione del servizio:**

**Indicare la normativa regionale di riferimento:**

**Indicare la normativa nazionale di riferimento:**