

Prot. n. \_\_\_\_\_/ Ser.D.

Al Sig. \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Programma terapeutico individuale, riabilitativo, relativo al Sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Presa visione degli atti in nostro possesso, si comunica la disponibilità ad accoglierla in regime di affidamento (L 309/902 ex art. 47).

Considerato che il nominato in oggetto è già in trattamento farmacologico presso questa U.O.C. Ser. D. con affido del farmaco (metadone cloridrato), l'èquipe multidisciplinare ha stilato il seguente programma terapeutico.

L'iter terapeutico prevede \_\_\_ incontro/i settimanale/i, che sarà effettuato il \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_.

Durante il percorso potranno essere effettuati:

- Visite mediche;
- Esami tossicologici di controllo su campione di urine;
- Colloquio sociale con l'Assistente Sociale;
- Colloquio con l'Educatore Professionale;
- Colloquio con lo Psicologo.

Il Servizio si riserva di inviare, periodicamente, relazione dettagliata alle AA.GG. sull'andamento del programma terapeutico ed, inoltre, i dati e le notizie eventualmente rilevati dai contatti con i familiari.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge su richiesta del \_\_\_\_\_.

L'Assistente Sociale

Il Direttore/Responsabile Ser D

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_