

**FICHA INDIVIDUALIZADA DE ATENCIÓN CONTINUADA – PROGRAMA DE APOIO AOS CIM (SI427B)**

N.º FICHA

**DATOS DA ENTIDADE LOCAL**

ENTIDADE LOCAL

NIF

EXPEDIENTE

SI427B 2020/

**DATOS DA USUARIA**

NOME

APELIDOS

DNI/NIE/  
PAS

DATA	REALIZADA POR	ASESORAMENTO XURÍDICO (sinalar cun X no caso de recibir este tipo de atención)	ATENCIÓN PSICOLÓXICA (sinalar cun X no caso de recibir este tipo de atención)	INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN E/OU DERIVACIÓN A OUTROS RECURSOS (sinalar cun X no caso de recibir este tipo de atención)	SERVIZOS ADICIONAIS OU ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ORIENTADAS Á MELLORA DA SITUACIÓN SOCIOLABORAL (sinalar cun X no caso de recibir este tipo de atención)	DURACIÓN DA ATENCIÓN (p. exemplo, 1:30 horas)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SINATURA DA USUARIA**

**SINATURA DA PERSOA RESPONSABLE DO PROGRAMA**

NOME E APELIDOS: