

INFORME D'ACREDITACIÓ PER A L'ACCÉS AL PROGRAMA OCELL DE FOC TAC (Tarragonès i Alt Camp)

DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT	
Nom:	Cognoms:
Sexe: ☐ Home ☐ Dona ☐ Altres	Gènere: ☐ Masculí ☐ Femení ☐ No Binari ☐ Altres
DNI/NIE/Passaport:	Data de naixement: Nacionalitat:
Municipi:	Codi Postal:
Telèfon contacte:	Correu electrònic:

BREU DESCRIPCIÓ
Descriu breument la situació o les necessitats identificades

DADES DEL SERVEI/RECURS	
Centre/Entitat/Servei:	Data informe:
Àmbit: <i>(marcar amb una X)</i>	
☐ Centre d'Atenció Primària (CAP) ☐ Referent de Benestar Emocional (RBEC) ☐ Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) ☐ Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) ☐ Servei de Rehabilitació Comunitària (SRC) ☐ Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagoga (EAP) ☐ Servei d'atenció pedagògica a l'estudiant (SAPE)	☐ Justícia / Medi Obert / Mesures Penals Alternatives ☐ Serveis Bàsics d'Atenció Social ☐ Servei d'Informació i Atenció a les dones (SIAD) ☐ Joventut / Oficina Jove / Espai Jove ☐ Psicòleg/a Privat/da / Centre Privat / Entitat Social* ☐ Altres <i>(cal especificar)</i> :
Referent del Servei/Entitat:	*Número de Col·legiació: <i>(si fos el cas)</i>
Correu electrònic:	Telèfon:
Signatura:	

Si us plau, un cop emplenada retorneu aquesta fitxa a info@ocelldefoctac.org