

# ANEXO I: SERVICIOS DE AJUSTE PERSONAL Y SOCIAL

(Este documento incluye el contenido mínimo que debe recoger el anexo de la memoria, con independencia de que se emplee otro formato y/o se añadan otros apartados que el CEE estime conveniente)

TRABAJADOR: NOMBRE \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_ DISCAPACIDAD (GRADO Y TIPO) \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN

RESPONSABLE/S DE LA EVALUACIÓN:

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

FECHAS DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS:

CALENDARIO PREVISTO PARA PRÓXIMAS EVALUACIONES:

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN (Marque con una X lo que proceda)

### ÁMBITO SOCIAL

No requiere servicios    Justificación: \_\_\_\_\_

Sí requiere servicios

NECESIDADES DETECTADAS

MEDIDAS PROPUESTAS

---

---

---

---

---

---

### ÁMBITO CULTURAL

No requiere servicios    Justificación: \_\_\_\_\_

Sí requiere servicios

NECESIDADES DETECTADAS

MEDIDAS PROPUESTAS

---

---

---

---

---

---

### ÁMBITO DEPORTIVO

No requiere servicios    Justificación:

Sí requiere servicios

NECESIDADES DETECTADAS

---

---

---

MEDIDAS PROPUESTAS

---

---

---

### ÁMBITO LABORAL

No requiere servicios    Justificación:

Sí requiere servicios

NECESIDADES DETECTADAS

---

---

---

MEDIDAS PROPUESTAS

---

---

---

### **ACCIONES DE AJUSTE DESARROLLADAS**

#### ÁMBITO SOCIAL

ACCIÓN

OBJETIVO/S

RESPONSABLE/S

LUGAR

FECHA

RESULTADOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ÁMBITO CULTURAL

ACCIÓN

OBJETIVO/S

RESPONSABLES

LUGAR

FECHA

RESULTADOS

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

ÁMBITO DEPORTIVO

ACCIÓN

OBJETIVO/S

RESPONSABLES

LUGAR

FECHA

RESULTADOS

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

ÁMBITO LABORAL

ACCIÓN

OBJETIVO/S

RESPONSABLES

LUGAR

FECHA

RESULTADOS

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____

_____
_____
_____