Tabella interventi Pris mese

N	DATA INTERVENTO	INIZIALI COGNOME/NOME	AREA UTENZA : MINORI/ADULTI/ANZIANI	NUMERO COMPONENTI NUCLEO	SESSO: F/M	NAZIONALITA'	RESIDENZA SI/NO	AZIONI (GESTIONE TELEFONICA, ACCOMPAGNAMENTO DORMITORIO/COMUNITA'/DOMICILIO, ALTRO)	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	SEGNALATO DA	CONTATTI	MOTIVO	N° ORE DI INTERVENTO IN PRONTA REPERIBILITA'	TIPOLOGIA DI SPESE EFFETTUATE	IMPORTO SPESE	ESITO INTERVENTO: INVIO PER PRESA IN CARICO AL SS: SI/NO