

ANEXO 7. RESPUESTA PROPUESTA AUTORIZACIÓN DE INTERVENCIÓN DE LA DT AL SAANNA

FECHA DE RESPUESTA DE DT A LA PROPUESTA:	
---	--

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE			
N.º EXPEDIENTE DE PROTECCIÓN (en su caso):			
NOMBRE Y APELLIDOS			
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
INDICAR SI LA PERSONA DERIVADA LO HACE COMO POSIBLE VÍCTIMA O COMO PRESUNTA AGRESORA	<input type="checkbox"/> VÍCTIMA	<input type="checkbox"/> PRESUNTA AGRESORA	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			

DATOS DE LA PERSONA TÉCNICA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL			
NOMBRE DE LA PERSONA TÉCNICA			
PUESTO DESEMPEÑADO		TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO			

DATOS DE LA PERSONA TÉCNICA RESPONSABLE DEL CASO EN EL SAANNA			
NOMBRE DE LA PERSONA TÉCNICA			
PUESTO DESEMPEÑADO		TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO			

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN REALIZADA POR EL SAANNA				
PROPUESTA DE NO INTERVENCIÓN	<input type="checkbox"/> Se valora desde el SAANNA la conveniencia de no intervención por los motivos que se reflejan en el informe aportado.			
NÚMERO DE SESIONES SOLICITADAS	<input type="checkbox"/> 3 sesiones	<input type="checkbox"/> 6 sesiones	<input type="checkbox"/> 9 sesiones	<input type="checkbox"/> 12 sesiones
NECESIDAD DE INTERVENCIÓN EQUIPO ITINERANTE:	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	

RESPUESTA A LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN INTERVENCIÓN

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Se autorizan las sesiones de ampliación solicitadas. |
| <input type="checkbox"/> | Se autoriza la intervención, en número diferente al solicitado. Se autorizan las siguientes sesiones de intervención: |
| <input type="checkbox"/> | No se autoriza la intervención. Indicar motivo:(indicar también los motivos si se varía la solicitud respecto al equipo itinerante). |

Firma persona técnica responsable de la DT.