# Intresseanmälan Projekt Nordost

**Dagens datum:**

**Remittent, namn och kontaktuppgifter:**

**Remissen avser person (förnamn, födelseår):**

**Personens postnummer:**

**Aktuell försörjning:**

**Huvudsaklig motivation till medverkan i Projekt Nordost\*:**

**Deltagarens förväntan på insatsen:**

**Inremittentens förväntan på insatsen:**

**Pågående och tidigare rehabiliteringsinsatser:**

**Har varit eller är aktuell på Kompetenscenter:**Ja [ ]  Nej [ ]

*\*Deltagaren förväntas ha förmåga att tillgodose sig information i grupp, medverka under hela insatsen och ta sig till/genomföra inbokade aktiviteter*

**Remiss skickas via e-post eller post**

**Adress**

Projekt Nordost/ Samordningsförbundet Rullagergatan 6A, 415 26 Göteborg

**Kontakt**
Britt Ryd: 031-366 99 47
britt.ryd@socialhisingen.goteborg.se