

Mod. M1 (versione 2018)

Accesso libero/invio altri enti

Scheda informativa minore

(Da compilare a cura degli operatori del CSF)

Centro Servizi per la Famiglia territorio di:

Municipio 1 - San Nicola/Murat/Madonnella ☐ - Libertà ☐ - Japigia/Torre a Mare ☐

Municipio 2 -Carrassi, San Pasquale e Mungivacca ☐ - Poggiofranco e Picone ☒

Municipio 3 -San Paolo, Villaggio del Lavoratore e Stanic ☐ San Girolamo/Fesca/Marconi/San Cataldo ☐

Municipio 4 -Santa Rita/Carbonara/Ceglie/Loseto ☐

Municipio 5 -San Pio/Catino/Santo Spirito/Palese ☐

Minore

Nome e Cognome _____ Data di nascita _____

Residente a _____ indirizzo _____

Nazionalità _____ Sesso _____

Telefono del minore _____ Disabilità certificata _____

☐ **ACCESSO LIBERO**

☒ **INVIO DA PARTE DI ALTRI ENTI**

Dati dell'ente inviante (da compilare in caso di invio del minore da parte di altri enti)

Ente/servizio inviante	indirizzo	nome operatore inviante	recapito telefonico
Liceo Artistico "De Nittis"	Via Timavo, 25 70125 - Bari		080-5563617



Via Aurelio Carrante n.5 - Bari - Tel. 080.96.80.277 Cell.393-9672897

Pagina Facebook: Centro Servizi per le Famiglie Poggiofranco

Profilo Instagram: csf_poggiofranco

Sito web: www.progettocitta.org

Email: csf.poggiofranco@progettocitta.org

Gestione: Cooperativa Sociale Progetto Città - onlus



Motivazioni dell'invio: RICHIESTA SPORTELLO DI CONSULENZA PSICOLGICA NELLE SCUOLE

Composizione nucleo familiare

RUOLO	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	NUMERO DI TELEFONO E MAIL	CONVIVENTE CON IL MINORE	
				SI	NO

Come è venuto a conoscenza delle attività del Centro Servizi per la Famiglia:
Tramite Liceo Artistico “De Nittis”

Scuola e classe frequentata

LICEO ARTISTICO “DE NITTIS” – CLASSE _____

Tipo di intervento richiesto

Attività ludico-ricreative, sportive, socio-culturali per minori
Orientamento e sostegno educativo per minori
Educazione alla legalità e cittadinanza attiva
Gruppi di Parola tra pari
Interventi di sensibilizzazione e prevenzione per minori

X Sportello di consulenza psicologica nelle scuole
Centro estivo

Tipo di attività proposta (si veda Allegato attività):

SPORTELLO DI CONSULENZA PSICOLOGICA NELLE SCUOLE



Inizio attività proposta: _____

Eventuali problematiche rilevate

Supporto psicologico

Data _____

Cognome Nome e firma operatore del CSF

Firma del genitore/tutore

Si allega C.I. del richiedente

Informativa concernente il trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.101/2018, che i dati forniti al presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Bari per il Servizio in oggetto e potranno essere comunicati a terzi per la medesima finalità, sempre nel rispetto del D.Lgs. n.101/2018. Dichiara altresì di essere informato che il responsabile del trattamento dei dati è COOP. PROGETTO CITTA' e rilascia il consenso al trattamento dei dati.

Bari,.....

Firma del dichiarante:.....

