

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 Classico Statale Socrate | Via S. Tommaso d'Aquino | | 080-5045457 |



Motivazioni dell'invio

RICHIESTA SPORTELLO ASCOLTO SCUOLA

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 IL LICEO SOCRATE

Scuola e classe frequentata

LICEO CLASSICO STATALE SOCRATE – CLASSE

Tipo di intervento richiesto

- azioni di sostegno scolastico
- attività laboratoriali
- consulenza specialistica (socio-psico-pedagogica)
- attività ludico/ricreative
- integrazione minoranze linguistiche
- altro _____

Via Aurelio Carrante n.5 - Bari - Tel. 080 968.02.77 Fax. 080 968.02.77

Pagina Facebook: Centro Servizi per le Famiglie Poggiofranco



Tipo di attività proposta (si veda Allegato attività)

Sportello Ascolto Scuola

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 CITTÀ' e rilascia il consenso al trattamento dei dati.

Bari,.....

Firma del dichiarante:.....

