COMUNE DI BARI

2° MUNICIPIO
Picone-Poggiofranco-Carrassi-San Pasquale-Mungivacca

PROGETTO BEN-ESSERE
SPORTELLI PSICOLOGICI DI ASCOLTO – ANNO SCOLASTICO 2026-2027

Scheda informativa minore

Minore
Nome e Cognome_____ Data di nascita_____
Residente a_____
indirizzo_____
Nazionalità_____Sesso_____
Telefono del minore_____Disabilità certificata_____

Istituto scolastico e classe frequentata

_____

Genitore/i- tutore-esercente/i responsabilità genitoriale

Nome e Cognome_____ Data di nascita_____ Residente a_____
indirizzo_____Nazionalità_____
_____Telefono_____

Nome e Cognome_____ Data di nascita_____ Residente a_____
indirizzo_____Nazionalità_____
_____Telefono_____

Tipo di intervento richiesto
□ sportello psicologico
□ attività laboratoriali, formative e preventive
□ gruppi di parola tra pari

Inizio attività proposta (compilazione a cura del/della professionista)**:**_____

Data_____

Cognome Nome e firma operatore _____

Firma del/dei genitori/tutore o esercente/i responsabilità genitoriale

_____

_____

cooperativa sociale progetto città

COMUNE DI BARI

2° MUNICIPIO
Picone-Poggiofranco-Carrassi-San Pasquale-Mungivacca

PROGETTO BEN-ESSERE
SPORTELLI PSICOLOGICI DI ASCOLTO – ANNO SCOLASTICO 2026-2027

Si allega C.I. del/della/dei richiedente/i

Informativa concernente il trattamento dei dati personali.
Il/La/i sottoscritto/a/i dichiara/no di essere informato/a/i, 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 Municipio 2 del 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/a/i che il responsabile del trattamento dei dati è Cooperativa Progetto Città Onlus e rilascia il consenso al trattamento dei dati.

Bari, ...

Firma del/della/dei dichiarante/i:.....

cooperativa sociale
progetto città