

DATA DA SINALIZAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Concelho/Freguesia: \_\_\_\_\_ Localidade/Código Postal: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beneficiários de tarifa social: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Beneficiário de apoio social concedido pelo Município ou pelos seus parceiros: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

### 2. MOTIVO DA SINALIZAÇÃO

#### PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS

PSICOPATOLOGIA

VIOLÊNCIA

COMPORTAMENTOS ADITIVOS

CONFLITOS FAMILIARES

NEGLIGÊNCIA

PROBLEMAS ECONÓMICOS

OUTRAS \_\_\_\_\_

### 3. TIPO DE APOIO SOLICITADO

Pretende-se com esta sinalização:

\_\_\_\_\_

Breve descrição da Situação:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SINALIZADORA

Entidade Sinalizadora: \_\_\_\_\_ Técnico/Função: \_\_\_\_\_

Família (especificação da relação): \_\_\_\_\_ Contactos - \_\_\_\_\_

### 5. RECEÇÃO DA SINALIZAÇÃO - Entidade \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 6. REUNIÃO EQUIPA

Data reunião equipa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gestor caso: \_\_\_\_\_

Parecer/decisão sobre o caso:

\_\_\_\_\_

Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Consentimento/Autorização \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome \_\_\_\_\_

Com o CC/BI nº \_\_\_\_\_ validade \_\_\_\_\_ residente em \_\_\_\_\_

na qualidade de (\*) \_\_\_\_\_ autorizo a recolha e o tratamento dos meus dados \_\_\_\_\_

para os fins requeridos e para utilização da Divisão de Intervenção Socioeducativa – Projeto Azambuja Integra do Município de Azambuja.

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

- Declaro que, ao abrigo do Regulamento Geral da Proteção de Dados, dou o meu consentimento para recolha e tratamento dos dados pessoais ao Município de Azambuja, incluindo o tratamento informático com a finalidade de utilização da Divisão de Intervenção Socioeducativa - Educação do Município de Azambuja, ficando os mesmos disponíveis nas bases de dados do Município. Enquanto titular dos dados pessoais tomei conhecimento que a qualquer momento poderei retirar o consentimento agora facultado, mediante pedido de consulta e de acesso aos dados ao Responsável pelo seu tratamento, bem como alterá-los ou retificá-los, não comprometendo a licitude do tratamento efetuado e das obrigações legais a que o Município está sujeito, sem prejuízo da necessidade desses dados se manterem arquivados pelo período de tempo legalmente aplicável.
- Autorizo o envio de notificações através de correio eletrónico e de SMS no decorrer do processo

## Assinatura

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Importante:** Leia a Política de Privacidade e Aviso Legal do Município de Azambuja em: [www.cm-azambuja.pt](http://www.cm-azambuja.pt)

## Termos dos apoios Psicológicos e Terapias

Terão prioridade situações de Beneficiários da tarifa social e/ou de apoio social concedido pelo Município ou pelos seus parceiros.

Só serão permitidas mediante a devida justificação 3 ausências às sessões calendarizadas. Ultrapassando este limite a vaga de atendimento será atribuída a outro munícipe.

Os horários definidos das sessões calendarizadas deverão ser respeitados, uma vez que o atraso do beneficiário prejudica os agendamentos seguintes.

Contacto para agendamento e pedido de informações – 965 283 611 / 961 710 543\* [azambujaintegra@cm-azambuja.pt](mailto:azambujaintegra@cm-azambuja.pt)

**Divisão de Intervenção Socioeducativa**- Projeto Azambuja Integra – [azambujaintegra@cm-azambuja.pt](mailto:azambujaintegra@cm-azambuja.pt);

Educação – 263 400 496/263400474; Saúde e Ação Social – 263 400 491

Avenida do Valverde 8M- Páteo do Valverde 2050-343 Azambuja