



AZAMBUJA INTEGRAL – FICHA DE SINALIZAÇÃO



DATA DA SINALIZAÇÃO: ____/____/____

TODOS OS CAMPOS DA FICHA DE SINALIZAÇÃO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: ____ Morada: _____

Concelho/Freguesia: _____ Localidade/Código Postal: _____

Nome da Mãe: _____ Contacto: _____

Nome do Pai: _____ Contacto: _____

Encarregado de Educação: _____ Email: _____

Grau de Parentesco: _____ Contacto: _____

Estabelecimento de Ensino _____ Ano: _____ Turma: _____ Escalão ASE: 1 ____ 2 ____ Sem escalão ____

Nome do Prof. Titular de Turma/Diretor de turma _____ Contacto: _____

Email: _____

2. MOTIVO DA SINALIZAÇÃO

PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS	
DIFICULDADES NA FALA E LINGUAGEM/AVALIAÇÃO TERAPIA DA FALA	
VIOLÊNCIA	
COMPORTAMENTO	
CONFLITOS FAMILIARES	
ABSENTISMO / ABANDONO ESCOLAR	
NEGLIGÊNCIA	
PROBLEMAS ECONÓMICOS	
OUTRAS _____	

3. TIPO DE APOIO QUE BENEFÍCIA E QUAL A ENTIDADE RESPONSÁVEL

4. TIPO DE APOIO SOLICITADO AO PROJETO AZAMBUJA INTEGRAL

Pretende-se com esta sinalização:

Breve descrição da Situação:

5. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SINALIZADORA

Entidade Sinalizadora: _____ Técnico/Função: _____
Família ou grupo de pares (especificação da relação): _____ Contactos -

6. RECEÇÃO DA SINALIZAÇÃO - Entidade _____ Técnico _____ Data

____/____/____

7. REUNIÃO EQUIPA

Data reunião equipa: ____/____/____ Gestor caso: _____

Parecer/decisão sobre o caso:

Encaminhamento: _____

Consentimento/Autorização (Enc. De Educação ou Representante Legal)

(Declaro que tomei conhecimento que os dados serão objeto de tratamento informático, sendo cumpridas todas as orientações expressas na Lei de Proteção de Dados.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome _____

Com o CC/BI nº _____ validade _____ residente em _____

na qualidade de (*) _____ autorizo a recolha e o tratamento dos dados do menor _____

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

(*) – Encarregado de Educação ou Representante.

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

Termos dos apoios Psicológicos e Terapias

Terão prioridade situações de menores referenciados de agregados familiares que usufruem de escalão 1 e 2 do IRS. Só serão permitidas mediante a devida justificação (por mail) 3 ausências às sessões calendarizadas. Ultrapassando este limite a vaga de atendimento será atribuída a outro menor.

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

Contacto para agendamento e pedido de informações – 969 768 266/ 961 710 543*azambujaintegra@cm-azambuja.pt

Divisão de Intervenção Socioeducativa- Projeto Azambuja Integra – azambujaintegra@cm-azambuja.pt;

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

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