



**AMBITO TERRITORIALE DI CANTÙ**

**Unità Operativa  
Famiglie**

Via Cavour, 19  
22063 Cantù (CO)  
tel 031 717318  
fax 031 717321

*PER ADM*  
Comuni di:

**Brenna**  
**Cantù Comune Capofila**  
**Capiago Intimiano**  
**Carimate**  
**Figino Serenza**  
**Novedrate**

**Data** .....

**Minore** .....

**Scuola** ..... **Classe** ..... **Sez.** .....

**Telefono** per essere contattati .....

Consenso alla presentazione al Servizio Sociale di base per  
la valutazione di eventuali interventi educativi.

(Finalizzata all'avvio dell'assistenza domiciliare minori)

Referente scolastico d'istituto .....

Insegnante .....

Genitori/Tutori .....

.....  
\* In caso di separazione consensuale dei genitori si richiede di specificare il genitore affidatario e  
la firma di entrambi

**Riquadro riservato ai bisogni educativi condivisi con la famiglia**


Visto, il Dirigente Scolastico .....

*Preso atto dell'informativa che mi è stata illustrata e fornita contestualmente  
alla presente ai sensi e per gli effetti della legge 30 giugno 2003 n° 196 e  
successive modificazioni, manifesto il mio consenso al trattamento, diffusione e  
comunicazione eventualmente anche all'estero, di tutti i miei dati personali, ivi  
compresi quelli definiti sensibili ex art. 4 e seguenti della legge citata purchè ciò  
avvenga entro i limiti fissati dalla Legge stessa.*