

COMUNE DI COMABBIO
Provincia di VARESE
Servizi Sociali – Area alla Persona

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO

DICHIARANTE

NOME e COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	INDIRIZZO RESIDENZA	DI CONTATTO (telefono-mail)

MINORE (se presente)

NOME e COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	INDIRIZZO RESIDENZA	DI

Dichiaro di aver letto le informazioni e di averle comprese. Dichiaro che i miei familiari o persone a me vicino, che l'assistente sociale può contattare:

NOME e COGNOME	IN QUALITA' DI	RECAPITO TELEFONICO

Può anche contattare i seguenti operatori:

NOME e COGNOME	IN QUALITA' DI	RECAPITO TELEFONICO (se conosciuto)

- Pediatra LS/ Medico di medicina Generale;

- Servizi sanitari e/o sociosanitari specialistici (es. Servizio di Neuropsichiatria Infantile, Centro Psico Sociale, Agenzia Tutela Salute, Servizio per le Dipendenze, Area Fragilità Assistenza Domiciliare Integrata,..)
- Strutture residenziali e/o semiresidenziali (es. comunità terapeutiche, comunità educative, comunità riabilitative, residenze sanitarie, centri diurni integrati, centri diurni socio educativi e di formazione all'autonomia,..)
- Agenzie educative e/o ricreative (Istituti educativi e scolastici, oratori, centri di aggregazione giovanile, spazi compiti, associazioni sportive)
- Patronati/Centri di Assistenza Fiscale
- Enti o Fondazioni erogatori di servizi alle persone
- Operatori di altri servizi sociali coinvolti nella presa in carico
- Consulenti privati (es. Avvocati, Psicologi,..)