**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**“Centro estivo 2021**

*Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, falsità in atto e uso di atti falsi, così come disposto dall’art. 76 del citato D.P.R. n. 445/00*

**DICHIARA**

* 1. A) DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Comune di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. telefonici di reperibilità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:  Padre  Madre  Tutore

C) DATI DEL FIGLIO PER CUI SI CHIEDE L’ISCRIZIONE

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Luogo di nascita:

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ *(EE per stato estero)*

Nazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso: Maschio  Femmina 

Comune di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE L’ISCRIZIONE AL SERVIZIO**

**Attuato dal Comune di Casaletto Ceredano**

**In collaborazione con la Cooperativa Sociale Igea**

**dal 21 giugno al 30 luglio 2021 e dal 30 agosto al 3 settembre 2021**

età dai 3 anni (bambini che hanno frequentato il primo anno di scuola dell’infanzia)

ai 14 anni (ragazzi che hanno frequentato la terza media);

**Per il proprio figlio che ha appena finito di frequentare** (barrare la casella corrispondente):

A - Il primo anno della scuola dell’infanzia.

B - Il secondo anno della scuola dell’infanzia.

C - Il terzo anno della scuola dell’infanzia.

D - La prima classe della scuola primaria.

E - La seconda classe della scuola primaria.

F- La terza classe dalla scuola primaria.

G - La quarta classe della scuola primaria.

H - La quinta classe della scuola primaria.

I - Il primo anno della scuola secondaria di primo grado.

L - Il secondo anno della scuola secondaria di primo grado.

M – Il terzo anno della scuola secondaria di primo grado.

**n. fratelli/sorelle iscritti:**…………………………

**Per il seguente periodo** (barrare la/le casella/e corrispondente/i):

Dal 21/06 al 25/06

Dal 28/06 al 2/07

Dal 5/07 al 9/07

Dal 12/07 al 16/07

Dal 19/07 al 23/07

Dal 26/07 al 30/07

Dal 30/08 al 3/09

**In particolare,**

**chiede di usufruire delle seguenti opzioni:**

**OPZIONE TEMPO PIENO con orario dalle ore 8.00 alle ore 17.00 (comprensivo di pasto)**

**OPZIONE PART-TIME (SOLO MATTINO) con orario dalle 8.00 alle 13.00 (comprensivo di pasto)**

**E) QUESTIONARIO**

**Dovendo procedere all’organizzazione del servizio, a che ora vostro figlio raggiungerà il servizio?**

Alle 8.00 circa

Alle 8.15 circa

Alle 8.30 circa

Alle 8.45 circa

Alle 9.00 circa

**A che ora Vostro figlio lascerà il servizio?**

Alle ore 13.00 *(opzione part-time solo mattino)*

Alle 16.30 circa

Alle 16.45 circa

Alle 17.00 circa

**In che modo Vostro figlio lascerà il servizio?**

Verrà a prenderlo un genitore oppure una o più persone delegata per tutto il periodo:

Nome ………………………………..Cognome……………………………….tipologia di relazione……………………………….

Nome ………………………………..Cognome……………………………….tipologia di relazione……………………………….

Nome ………………………………..Cognome……………………………….tipologia di relazione……………………………….

Da solo (opzione valida solo per i ragazzi della scuola secondaria di primo grado).

**Vostro figlio ha intolleranze/allergie alimentari che richiedono una dieta particolare?**

  SI  NO

*In caso positivo è necessario* ***allegare il certificato medico con le prescrizioni alimentari da seguire***

**Vostro figlio si trova in una di queste condizioni?**

Disabilità fisiche, psichiche o sensoriali certificate.

Situazione familiare in carico al Servizio Sociale Comunale o ai servizi specialistici territoriali.

Particolari problematiche di salute.

Assunzione di farmaci con frequenza costante.

**Autorizzate Vostro figlio ad essere fotografato o video-ripreso durante lo svolgimento delle varie attività?**

 SI  NO

*Le foto e i video verranno utilizzati per documentare le attività del servizio, anche attraverso la stampa locale e i social.*

**Chi dobbiamo contattare in caso di necessità?**

**1° REPERIBILE**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2° REPERIBILE**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di aver sottoposto il figlio/a, per cui si chiede l’iscrizione, alle **vaccinazioni obbligatorie**.  SI  NO

**INFORMATIVA PRIVACY**

Dichiara di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati redatta ai sensi dell’art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.) ** SI**

**A TAL FINE**

1.  allega patto di corresponsabilita’;
2.  allega modulo privacy firmato

 **FIRMA**

 ……………………………………..

**DA CONSEGNARE COMPILATO AGLI UFFICI COMUNALI, PERSONALMENTE O VIA E-MAIL (****info@comune.casalettoceredano.cr.it****), ENTRO SABATO 12 GIUGNO 2021 ORE 12.00.**