



**COMUNE DI SAVA**  
**PROVINCIA DI TARANTO**  
**AREA POLITICHE SOCIALI E CULTURA**

**PROGETTO: "UNA VACANZA IN NATURA" PER MINORI DAI 6 ANNI IN SU CON LO SPETTRO DELL'AUTISMO E DELLE LORO FAMIGLIE.**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

(da compilare in tutte le sue parti, non saranno accettate domande incomplete)

Al Sig. Sindaco del Comune di  
SAVA

**DATI DEL MINORE da ora in poi CAMPER**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**ALLERGIE**

ALLERGIE IN GENERALE:  NO  SI' \_\_\_\_\_ Se sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?  SI'  NO

**LIMITAZIONI DI NATURA FISICA E ALTRI PROBLEMI MEDICI** (es. perdita della vista o dell'udito; amputazioni, utilizzo stampelle o carrozzina; asma, attacchi epilettici, iperattività, ansietà, fragilità ossea) \_\_\_\_\_

**HA PROBLEMI ALLA VISTA?**  NO  SI' \_\_\_\_\_

**HA PROBLEMI DI UDITO?**  NO  SI' \_\_\_\_\_

**HA PROBLEMI NELL'ESPRIMERSI?**  NO  SI' \_\_\_\_\_

**HA DISABILITA' COGNITIVE?**  NO  SI' \_\_\_\_\_

**HA MAI AVUTO CRISI CONVULSIVE ?**  NO  SI', quando \_\_\_\_\_ di che tipo?

**COME REAGISCE DI FRONTE ALL'IMPREVISTO?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NECESSITA DI UN PROGRAMMA STABILITO DI QUELLO CHE SUCCEDERA'?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C'E' QUALCOSA CHE LO INFASTIDISCE IN MODO PARTICOLARE?**

---

---

---

---

**SEGNALARE EVENTUALI ATTIVITA' O STIMOLI DA EVITARE/COSA AIUTA IN CASO DI CRISI**

---

---

---

---

**PUNTI DI FORZA DEL CAMPER** (es. qualita caratteriali, adattabilita, socialita etc)

---

---

---

---

**PUNTI DI DEBOLEZZA DEL CAMPER** (es. frustrazioni, tollerabilita etc)

---

---

---

---

**OSTACOLI PER UNA SERENA PERMANENZA**

---

---

---

---

**FRATELLI E SORELLE**

**I° FRATELLO/SORELLA**

**NOME E COGNOME**

---

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

---

**ALLERGIE**

**ALLERGIE ALIMENTARI**

---

**ALLERGIE IN GENERALE:**  NO  SI' \_\_\_\_\_ Se sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?  SI'  NO

**LIMITAZIONI DI NATURA FISICA E ALTRI PROBLEMI MEDICI** (es. perdita della vista o dell'udito; amputazioni, utilizzo stampelle o carrozzina; asma, attacchi epilettici, iperattivita, ansietà, fragilità ossea) \_\_\_\_\_

**NOTE DA SEGNALARE** \_\_\_\_\_

**II° FRATELLO/SORELLA**

**NOME E COGNOME**

---

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

---

**ALLERGIE**

**ALLERGIE ALIMENTARI**

---

**ALLERGIE IN GENERALE:**  NO  SI' \_\_\_\_\_ Se sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?  SI'  NO

**LIMITAZIONI DI NATURA FISICA E ALTRI PROBLEMI MEDICI** (es. perdita della vista o dell'udito; amputazioni, utilizzo stampelle o carrozzina; asma, attacchi epilettici, iperattività, ansietà, fragilità ossea) \_\_\_\_\_

**NOTE DA SEGNALARE** \_\_\_\_\_

**I sottoscritti:**

**DATI I° GENITORE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono casa/ufficio \_\_\_\_\_

cell \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

**ALLERGIE**

**ALLERGIE ALIMENTARI**

---

**ALLERGIE IN GENERALE:**  NO  SI' \_\_\_\_\_ Se sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?  SI'  NO

**LIMITAZIONI DI NATURA FISICA E ALTRI PROBLEMI MEDICI** (es. perdita della vista o dell'udito; amputazioni, utilizzo stampelle o carrozzina; asma, attacchi epilettici, iperattività, ansietà, fragilità ossea) \_\_\_\_\_

**NOTE DA SEGNALARE** \_\_\_\_\_

**DATI II° GENITORE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono casa/ufficio \_\_\_\_\_

cell \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

**ALLERGIE**

**ALLERGIE ALIMENTARI**

---

**ALLERGIE IN GENERALE:**  NO  SI' \_\_\_\_\_ Se sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?  SI'  NO

**LIMITAZIONI DI NATURA FISICA E ALTRI PROBLEMI MEDICI** (es. perdita della vista o dell'udito; amputazioni, utilizzo stampelle o carrozzina; asma, attacchi epilettici, iperattività, ansietà, fragilità ossea) \_\_\_\_\_

**NOTE DA SEGNALARE** \_\_\_\_\_

**RICHIEDONO**  
**L'ISCRIZIONE AL PROGETTO: "UNA VACANZA IN NATURA" PER MINORI CON LO SPETTRO DELL'AUTISMO DAI 6 ANNI IN SU E DELLE LORO FAMIGLIE** che si svolgerà dal **22 al 24 settembre 2023** presso l'agriturismo Sciaiani Piccola in Villa Castelli.

**AUTORIZZAZIONI PER ATTIVITA' RICREATIVE**  
**INFORMATIVA E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
Si prega di contrassegnare le relative caselle a titolo di dichiarazione/autorizzazione/consenso

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Per se stesso ed in qualità di Genitore/i  - Tutore/i , esercente/i la responsabilità genitoriale sul/i seguente/i minore/i:

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

con la sottoscrizione del presente modulo richiede, per sé e per il/i minore/i sopra indicato/i, di soggiornare a Una vacanza in Natura e di partecipare alle attività organizzate dalla Società cooperativa Sociale L'ala presso Masseria Sciaiani Piccola. In merito a ciò, rilascia le seguenti dichiarazioni ed autorizzazioni:

Attività ricreative. Con la sottoscrizione del presente modulo, il/la sottoscritto/a:

**DICHIARA**

di essere consapevole che, durante il soggiorno, i componenti della famiglia, ivi inclusi il/la sottoscritto/a ed il/i minore/i, potranno cimentarsi in numerose attività ricreative secondo (quali, a titolo esemplificativo: escursioni, percorsi avventura, equitazione, piscina, tiro con l'arco, arrampicata, campeggi etc.). Tali attività saranno svolte con la predisposizione di apposite precauzioni ed idonee misure di sicurezza e sotto la costante sorveglianza di personale esperto e competente incaricato dalla cooperativa;

**AUTORIZZA**

il/i minore/i a partecipare alle attività ricreative incluse nel programma di Una Vacanza in Natura;

**SOLLEVA**

espressamente la società cooperativa sociale L'Ala da ogni responsabilità, diversa da proprio dolo o colpa grave, per danni a cose o persone verificatisi per fatti di terzi durante lo svolgimento delle attività ricreative.

**DICHIARA**

di essere consapevole che durante le attività potranno essere scattate foto e/o eseguite riprese dell'immagine di tutti o solo alcuni dei partecipanti alle attività, anche ad uso dei partecipanti al soggiorno stesso, e specificamente autorizza la società cooperativa sociale L'Ala a eseguire riprese dell'immagine propria e/o del/i minore/i sopraindicato/i (qui di seguito, il "Materiale") consegnare il Materiale a terzi che collaborano con la cooperativa e/o partecipano a, sostengono e/o promuovono le relative attività e/o progetti;

pubblicare il Materiale, direttamente o attraverso terzi, a titolo promozionale, informativo e/o illustrativo dei progetti promossi dalla cooperativa - sia con riferimento all'attività a cui si è preso parte sia in maniera disgiunta da essa - in qualsiasi forma e su qualsiasi supporto, anche attraverso i media (i.e. carta stampata, radio, web, TV), senza limiti territoriali, nel rispetto dell'immagine propria e del minore e fino a revoca scritta dell'interessato.

**Informazioni relative al trattamento dei dati personali**

I sottoscritti, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali presente sul sito web istituzionale e negli uffici del Comune di Sava (Titolare del Trattamento, - PEC comune.sava@pec.rupar.puglia.it), dichiarano di essere informati che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della richiesta o del procedimento amministrativo per il quale il presente documento viene

compilato. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Comune, nonché per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di "rilevante interesse pubblico" nel caso di trattamento di categorie particolari di dati o di dati giudiziari) o connesso all'esercizio di pubblici poteri. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli e saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto dell'Ente). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare l'ufficio protocollo del Comune o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (serviorpd@pa326.it).

Ai sensi dell'Art.13 del Regolamento Europeo n° 679/2016, dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento/comunicazione/diffusione dei propri dati personali e sensibili anche con strumenti informatici limitatamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

I° genitore \_\_\_\_\_

II° genitore \_\_\_\_\_

Sava, \_\_\_\_\_