



COMUNE DI SAVA
Provincia di Taranto
Area Politiche Sociali e Culturali

CAMPUS ESTIVO 2022
MINORI DAI 6 AI 14 ANNI
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

Cognome e nome _____
Nato a _____ il _____
Residente _____
Indirizzo _____
Codice Fiscale _____
Taglia della Maglia del minore _____

DATI GENITORI/TUTORE

Cognome e nome _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____
Indirizzo _____
Telefono casa/ufficio _____ cell _____

DATI GENITORI/TUTORE

Cognome e nome _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____
Indirizzo _____
Telefono casa/ufficio _____ cell _____

**SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO 2022 CHE SI SVOLGERÀ DAL 22/08/2022
AL 09.09.2022, DALLE ORE 08:00 ALLE ORE 14:00 DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ .**

ULTERIORI INFORMAZIONI:

Il minore è sottoposto a terapia medica? **in caso affermativo allegare il certificato medico**

Il minore è soggetto ad allergie alimentari o altre? In caso affermativo specificare

SEGNALAZIONI CHE LA FAMIGLIA RITIENE OPPORTUNE

Recapiti telefonici per comunicazioni _____

(Persona diversa dal genitore)

Nome e cognome _____

Rapporto di parentela _____

PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO DEL MINORE

(diverse da genitori/tutore)

Cognome e nome _____ C.I. _____

Cognome e nome _____ C.I. _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di sollevare i gestori del servizio e il personale addetto all'organizzazione delle attività da qualsiasi responsabilità per gli eventuali incidenti che possono capitare al proprio figlio al di fuori dall'area di svolgimento del Centro estivo eccedente l'obbligo di vigilanza dei bambini.

Dichiara inoltre di assumersi le responsabilità derivanti da inosservanza da parte del proprio figlio delle disposizioni impartite dagli educatori medesimi o da cause indipendenti dall'organizzazione, ivi compresi gli incidenti e infortuni connessi all'espletamento delle attività in cui vi sia dolo da parte del minore sottoscrittore.

DATA _____ **FIRMA** _____

DATA _____ **FIRMA** _____

AUTORIZZAZIONE

Durante il Campus i ragazzi potranno essere soggetti a fotografie, interviste, riprese audio-visive da parte degli operatori al fine di testimoniare lo svolgimento delle attività, semplicemente per scopo ludico o per pubblicizzare quanto realizzato su stampa o media. Acconsento alla realizzazione e divulgazione delle foto o riprese di cui sopra.

DATA _____ **FIRMA** _____

DATA _____ **FIRMA** _____

NB: E' prevista per tutti i bambini una polizza assicurativa a cura e spese della cooperativa sociale l'Ala affidataria del servizio.

DATA _____ **FIRMA** _____

DATA _____ **FIRMA** _____

Informazioni relative al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto, 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), dichiara di essere informato 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.

DATA _____ **FIRMA** _____

DATA _____ **FIRMA** _____

N.B.: IL MODULO DEVE SSERE SOTTOSCRITTO OBBLIGATORIAMENTE DA ENTRAMBI I GENITORI

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Certificato medico di Stato di Buona Salute del/dei minori e, in caso di patologie particolari e assunzione di farmaci relativo certificato medico
- Copia documento di riconoscimento dei genitori – tutore – persona indicata alritiro del minore se diversa dai soggetti predetti