



COMUNE DI SAVA
PROVINCIA DI TARANTO
AREA POLITICHE SOCIALI E CULTURALI

**CHRISTMAS CAMP CON DYNAMO E LA TERAPIA RICREATIVA PER MINORI CON
LO SPETTRO DELL'AUTISMO DAI 6 AI 17 ANNI E PER LE 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: CHRISTMAS CAMP CON DYNAMO E LA TERAPIA RICREATIVA PER MINORI CON LO SPETTRO DELL'AUTISMO DAI 6 AI 17 ANNI E PER LE LORO FAMIGLIE che si svolgerà il 3,4 e 5 gennaio 2024 presso il Centro Polifunzionale sito in Sava, alla Via Fratelli Bandiera .

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 partecipare al **CHRISTMAS CAMP CON DYNAMO E LA TERAPIA RICREATIVA PER MINORI CON LO SPETTRO DELL'AUTISMO DAI 6 AI 17 ANNI E PER LE LORO FAMIGLIE** che si svolgerà il 3,4 e 5 gennaio 2024 presso il Centro Polifunzionale sito in Sava, alla Via Fratelli Bandiera e di partecipare alle attività organizzate dalla Società cooperativa Sociale L'ala. 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.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 ;

SOLLEVA

espresamente 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.

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, _____