



COMUNE DI SAVA  
Provincia di Taranto  
Area Politiche Sociali e Cultura

**PROGETTO GALATTICA – RETE GIOVANI PUGLIA- NODO DI SAVA  
SUMMER CAMP  
LABORATORI  
“LE STRADE DEL GUSTO” E “LA CITTA’ DEI BAMBINI”  
PER MINORI DI ETA’ COMPRESA TRA GLI 8 E I 10 ANNI**

(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 \_\_\_\_\_

**Classe di frequenza** \_\_\_\_\_ **Scuola** \_\_\_\_\_

Lo stesso (barrare la casella in caso affermativo):

- si trova in una condizione di disabilità della quale viene allegata la relativa certificazione medica.**  
 **è sottoposto a terapia medica come da certificato medico che si allega**  
 **è soggetto ad allergie alimentari come da certificato medico che si allega**

**I sottoscritti:**

**DATI I° GENITORE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono casa/ufficio \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail \_\_\_\_\_

**DATI II° GENITORE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono casa/ufficio \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail \_\_\_\_\_

**DATI EVENTUALE TUTORE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono casa/ufficio \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail \_\_\_\_\_

**RICHIEDONO**

**L'ISCRIZIONE AL PROGETTO "GALATTICA – RETE GIOVANI PUGLIA- NODO DI SAVA  
SUMMER CAMP LABORATORI ESPRIMENDO COME PRIMA PREFERENZA IL PROGETTO  
(barrare con crocetta nel riquadro il progetto):**

- "LE STRADE DEL GUSTO"  
 "LA CITTA' DEI BAMBINI"

**che si terranno presso il Centro Polifunzionale (ex mercato coperto) – sede di Galattica - Nodo di Sava**

**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. \_\_\_\_\_

**DICHIARANO ALTRESI'**

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 Progetto 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 \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

affinché il minore di cui sopra partecipi e sia ripreso in registrazioni video, audio e fotografiche, o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine (anche in primo piano), il nome e la voce, da soli, con i compagni, con insegnanti e operatori scolastici e enti esterni, durante lo svolgimento di attività educative didattiche e progettuali dando il pieno consenso alla possibile diffusione delle stesse su DVD, su Facebook o su altri siti autorizzati, su stampe e giornalini, utilizzati esclusivamente per documentare e divulgare le attività del Progetto tramite il sito internet dell' Ente, pubblicazioni, mostre, corsi di formazione, seminari, convegni e altre iniziative promosse anche in collaborazione con altri enti pubblici. La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del minore e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati. Inoltre, Il titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. Sollevano i responsabili dell'evento

da ogni responsabilità inerente a un uso scorretto dei dati personali forniti e delle foto da parte di terzi.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Informazioni relative al trattamento dei dati personali**  
ex art. 13 e 14 Reg. UE 2016/679

Titolare del Trattamento è il COMUNE DI SAVA – P.zza San Giovanni, 1 – Sava (TA) - Tel. 099.9727920 - PEC: comune.sava@pec.rupar.puglia.it. Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è contattabile al seguente indirizzo email: serviziordp@pa326.it. I dati personali forniti e rilevati nella presente scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento del Progetto di inclusione e per i fini istituzionali del Comune di Sava.

I dati identificativi (comuni) potranno essere trattati per il perseguimento di un interesse pubblico, i dati particolari (es. relativi allo stato di salute), potranno essere trattati per il perseguimento di un interesse pubblico rilevante. I dati saranno conservati per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità e comunque non oltre il periodo prescritto dalla legge. Le informazioni fornite, potranno essere trattate solo da soggetti espressamente autorizzati (es. dipendenti dell'ente) o da soggetti esterni qualificabili quali Responsabili del trattamento e opportunamente nominati. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrebbe comportare l'annullamento del percorso di inclusione per impossibilità a realizzare gli obiettivi identificati.

Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa. L'interessato ovvero il soggetto avente titolo ad agire il suo nome e per suo conto potrà esercitare i diritti di cui agli art. 15-22 GDPR contattando il titolare o il DPO ai contatti innanzi richiamati. Con la sottoscrizione del presente documento, l'interessato dichiara di aver preso visione delle presenti informazioni e si impegna a condividerle con ulteriori soggetti i cui dati dovessero essere trasmessi con il presente modulo.

NB: E' prevista per tutti i bambini una polizza assicurativa.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- Copia documento di riconoscimento dei genitori – tutore – persona indicata al ritiro del minore se diversa dai soggetti predetti