



Comune di Sava



Regione Puglia

COMUNE DI SAVA
Provincia di Taranto
Area Politiche Sociali e Cultura

PROGETTO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE

“IMPARIAMO A MANGIARE”

*progetto realizzato con il contributo della regione puglia – dipartimento agricoltura
sviluppo rurale ed ambientale”*

PER MINORI DI ETA' COMPRESA TRA I 5 AI 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 _____

SCUOLA FREQUENTATA (barrare la casella):

- ☐ INFANZIA:
☐ PRIMARIA :
☐ CLASSE PRIMA
☐ CLASSE SECONDA
☐ CLASSE TERZA
☐ CLASSE QUARTA
☐ CLASSE QUINTA

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 DI EDUCAZIONE ALIMENTARE 2025 "IMPARIAMO A MANGIARE" CHE SI SVOLGERÀ TUTTI I SABATI MATTINA DEL MESE DI MAGGIO 2025 FATTA ECCEZIONE PER SABATO 31.05.2025

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
- ☐ Certificazione medica attestante eventuali intolleranze e/o allergie alimentari;
- ☐ Certificazione medica attestante eventuali patologie particolari e assunzione di farmaci
- ☐ certificazione relativa allo stato di disabilità dichiarato