

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  PADRE  MADRE  TUTORE  
CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PREVISTE DALL'ARTT. 46-47 DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 IN CASO DI  
DICHIARAZIONI FALSE E MENDACI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

### CHIEDE

#### L'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO PER MINORI DEL /DELLA PROPRIO/A FIGLIO/A,

Cognome e nome \_\_\_\_\_  M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

che ha frequentato durante l'anno 2018 la classe  1°  2°  3°  4°  5° della scuola:

- infanzia
- primaria
- secondaria di 1° grado

#### IL CENTRO ESTIVO SI TERRÀ DAL 2 LUGLIO AL 3 AGOSTO 2018 PRESSO LA SCUOLA:

- infanzia
- primaria

DI:

- RODIGO
- RIVALTA SUL MINCIO

#### NELLE SEGUENTI SETTIMANE:

- DAL 2 LUGLIO AL 6 LUGLIO
- DAL 9 LUGLIO AL 13 LUGLIO
- DAL 16 LUGLIO AL 20 LUGLIO
- DAL 23 LUGLIO AL 27 LUGLIO
- DAL 30 LUGLIO AL 3 AGOSTO

#### DICHIARA INOLTRE I SEGUENTI DATI

cellulare padre \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

cellulare madre \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

altri recapiti telefonici utili \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONI

- Autorizzo mio figlio/a a partecipare alle uscite se previste nella programmazione.
- Autorizzo gli educatori del servizio a fare fotografie e/o brevi riprese per i soli scopi compresi nel progetto educativo del servizio, ai sensi D.LGS 196/2003, in materia di "tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto di dati personali".

## DATI INTEGRATIVI: dichiaro

- che il/la bambino/a presenta le seguenti difficoltà alimentari (es. intolleranze, allergie, diete particolari):

- 
- che il/la bambino/a soffre delle seguenti patologie che necessitano di cure mediche di cui si dovrà tener conto nello svolgimento del servizio:

---

Il sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione Comunale ad inviare ogni tipo di comunicazione anche tramite sms e/o e-mail ai recapiti sopra indicati o in alternativa a:

- cellulare \_\_\_\_\_
- e-mail \_\_\_\_\_

## DOCUMENTI DA ALLEGARE

- RICEVUTA DI PAGAMENTO**
- Certificati medici comprovanti patologie rilevanti
- Elenco farmaci salvavita da somministrare (con certificato medico)
- Altro

---

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### Trattamento relativo ai dati ai sensi della legge sulla privacy.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Ente locale può utilizzare i dati contenuti nella presente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. Lgs. 196/2003), compresi i casi di trasmissione degli stessi dati a soggetti affidatari della gestione dei servizi per i quali i dati sono necessari e vengono richiesti. I diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui all'art. 7 del decreto medesimo.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_