

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 2019 la classe  1°  2°  3°  4°  5° della scuola:

- infanzia
- primaria
- secondaria di 1° grado

#### IL CENTRO ESTIVO SI TERRÀ DAL 1 LUGLIO AL 2 AGOSTO 2019 PRESSO:

##### A RODIGO

- scuola infanzia
- scuola primaria

##### A RIVALTA SUL MINCIO

- corte Mincio, sala Ascari (per infanzia)
- Corte Mincio, sala loghino (per primaria e secondaria)

#### NELLE SEGUENTI SETTIMANE:

- DAL 1 LUGLIO AL 5 LUGLIO
- DAL 8 LUGLIO AL 12 LUGLIO
- DAL 15 LUGLIO AL 19 LUGLIO
- DAL 22 LUGLIO AL 26 LUGLIO
- DAL 29 LUGLIO AL 2 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 dalla 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 101/2018 e Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei 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  
\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY – Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 (in seguito “GDPR”)

Il Comune di Rodigo, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali connesso alla procedura avviata con questa modulistica, precisa che Il trattamento potrebbe coinvolgere, oltre ai dati personali e dati di contatto, anche categorie particolari di dati personali ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE n. 2016/679. I dati comunicati non saranno ceduti a terzi, né saranno oggetto di trasferimento verso paesi terzi e non saranno comunicati a soggetti terzi, a meno di esplicita Sua richiesta in tal senso. Titolare del trattamento: **Comune di Rodigo**, nella persona del suo legale rappresentante, il Sindaco; indirizzo email: [privacy@comune.rodigo.mn.it](mailto:privacy@comune.rodigo.mn.it). Responsabile della protezione dei dati: **Delta Service S.r.l.**, nella persona del suo legale rappresentante; indirizzo email: [privacy@deltaviadana.it](mailto:privacy@deltaviadana.it)

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità indicate nella suddetta informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_