

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ PADRE MADRE TUTORE

di Cognome e nome _____ M F

Codice Fiscale _____ cittadinanza _____

nato/a _____ Prov. _____ Stato _____ il ___/___/___

residente a _____ in via _____ n _____

che ha frequentato durante l'anno 2020/21 la classe 1° 2° 3° 4° 5° della scuola:

- infanzia
- primaria
- secondaria di 1° grado

CHIEDE

L'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO PER MINORI DEL /DELLA PROPRIO/A FIGLIO/A, PRESSO LA SEGUENTE SEDE:

- scuola infanzia
- scuola primaria

- sede di Rodigo
- sede di Rivalta s/M

NELLE SEGUENTI SETTIMANE:

- DAL 16 AGOSTO AL 20 AGOSTO
- DAL 23 AGOSTO AL 27 AGOSTO

CON SERVIZIO MENSA

Con termine del servizio e uscita dal centro estivo sempre per le ore 13.00

COSTO: € 5,00 a pasto, tramite buoni pasto

barrare di seguito se si necessita di DIETA PERSONALIZZATA:

- PER PATOLOGIA (allegare certificato medico)
- PER MOTIVI IDEOLOGICI/CULTURALI (allegare dichiarazione del genitore degli alimenti da escludere)

CON INGRESSO DALLE ORE 7.30 ALLE ORE 8.00

(solo se i genitori hanno inderogabili impegni che non consentono di portare il minore dalle ore 8.00 in poi)

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 (€ 50,00 A SETTIMANA)
- 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. Responsabile della protezione dei dati: **Delta Service S.r.l.**, nella persona del suo legale rappresentante; indirizzo email: privacy@deltaviadana.it

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

Data _____

Firma