



DOMANDA DI ISCRIZIONE ATTIVITA' ESTIVE 2022

Il sottoscritto: _____

in qualità di _____ del minore _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____

telefono _____ mail _____

Richiede l'iscrizione del proprio figlio ai centri estivi organizzati da coop sociale ACTL e coop sociale HELIOS presso la sede:

- CASCATA DEI COLORI**

per il/ seguente/i periodi:

- 22-26 agosto
- 29-02 settembre
- 05-09 settembre

TRASPORTO: NO SI PUNTO DI RACCOLTA:

- Palazzo Spada 8.00
- Conad Ospedale 8.15

Tariffa settimanale € 50 con isee superiore ad € 10.000

Data: _____

FIRMA _____

INFORMATIVA PRIVACY:

Si desidera informare che i dati comunicati verranno trattati nel pieno rispetto della normativa nazionale vigente, in materia di privacy, relativamente alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali e in osservanza del Regolamento (UE) 679/2016. Il trattamento di tali dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, esattezza, trasparenza, minimizzazione, limitazione delle finalità e della conservazione, nonché di tutela alla riservatezza. I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità istituzionali e per l'erogazione dei servizi richiesti presso i nostri uffici, anche nell'ambito del procedimento per il quale verranno richieste di rendere eventuali dichiarazioni, tramite opportuna modulistica.

I sottoscritti:

- ✓ Dichiarano di aver preso visione dell'informativa sulla privacy UE G.D.P.R. 2016/679 RGPD.
- ✓ Autorizzano il minore a partecipare alle attività ordinarie e straordinarie previste dal progetto anche al di fuori della struttura di riferimento.

Data: _____

FIRMA DEL GENITORE _____



DELEGA AL RITIRO DA PERSONE DELEGATE:

Il sottoscritto: _____

nato/a a _____ prov _____

il _____ C.F. _____

DELEGA:

il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ prov _____

il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ prov _____

Al prelevamento del minore presso la struttura di attività

Firma del delegante _____

Firma delegati _____

Firma delegati _____

Allegata alla presente:

Copia documento d'identità del delegante e del/dei delegati

Terni, li _____



OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI

Il/La sottoscritt... _____

Genitore del minore _____

COMUNICA CHE IL MINORE:

non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;
 presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione

non è affett... da allergie a farmaci;
 presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente
dichiarazione;

Eventuali altre informazioni utili sul minore da segnalare: _____

_____, lì _____

FIRMA DEI GENITORI _____