



## DOMANDA DI ISCRIZIONE ATTIVITA' ESTIVE 2024

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ codice fiscale: \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

certificazione 104:

- Comma 1
- Comma 3

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

- CASCATA DEI COLORI**

per il/ seguente/i periodi:

- 1 – 5 luglio 2024
- 8 – 12 luglio 2024
- 15 – 19 luglio 2024
- 22 – 26 luglio 2024
- 29 – 2 agosto 2024
- 5 – 9 agosto 2024

TRASPORTO:

NO

SI

PUNTO DI RACCOLTA:

- Palazzo Spada 8.00
- Conad Ospedale 8.15

Tariffa settimanale € 50 con isee superiore a € 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** \_\_\_\_\_

**NB: LE DOMANDE DOVRANNO ESSERE COMPILATE ED INOLTRE IN PDF COSI' ANCHE IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, DA INVIARE VIA MAIL A: [campus@coopactl.it](mailto:campus@coopactl.it)**